



Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização
Enfermagem de Reabilitação

**EDUCAÇÃO PARA O CONHECIMENTO E AUTOCUIDADO NA
PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDIACA, EM CONTEXTO
HOSPITALAR**

Lina Maria Rato Pires Barreiro Aleixo

Lisboa

2012





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

**EDUCAÇÃO PARA O CONHECIMENTO E AUTOCUIDADO NA
PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDIACA, EM CONTEXTO
HOSPITALAR**

DISSERTAÇÃO

Orientado por: Professor Coordenador Joaquim Paulo Oliveira

Lina Maria Rato Pires Barreiro Aleixo

Lisboa

2012



O conhecimento é libertador, diz-se; deve libertar o doente da sua dependência em relação ao outro e permitir-lhe a sua evolução em direcção à autonomia e à tomada a cargo da sua pessoa
(PHANEUF, 2005)

AGRADECIMENTOS

Expresso o Reconhecimento e gratidão ao Senhor Professor Joaquim Paulo Oliveira, que através da sua preciosa orientação científica, competência, compreensão e palavras de incentivo, tornou exequível o desenvolvimento desta investigação.

À Sra Enfermeira Chefe Isabel Jorge do Serviço de Cardiologia Internamento, pela partilha e mestria da sua experiência profissional.

Aos Enfermeiros do Serviço de Cardiologia Internamento do Hospital de Santa Marta pela disponibilidade demonstrada em participar no estudo.

RESUMO

A educação assume um papel fundamental no processo de cuidar em enfermagem. Segundo Orem (1995,p.19) é um método valido para ajudar a pessoa que necessita de formação para desenvolver conhecimento ou uma habilidade particular. Pretende-se que o conhecimento deva “libertar da dependência em relação ao outro e permitir a evolução em direção á autonomia e auto - responsabilização” (PHANEUF,2005,p.402).Em contexto hospitalar a pessoa doente necessita de adquirir conhecimentos e competências. Este estudo teve por objectivo compreender as intervenções de enfermagem desenvolvidas na prática dos cuidados, que visam a educação para o conhecimento e autocuidado da pessoa com insuficiência cardíaca, em contexto hospitalar.

O percurso metodológico utilizado foi a abordagem qualitativa, sendo o estudo de carácter exploratório e descritivo,com a aplicação de um questionário,com 6 questões abertas,a 9 enfermeiros,cuja amostra é intencional, não probabilística.

Os resultados do estudo permitem concluir que a educação é realizada pelos enfermeiros,segundo um processo de avaliação,planeamento e de intervenção, de forma estruturada durante a prestação de cuidados,tendo em conta as necessidades,capacidades e conhecimento pre-existente da pessoa.

A avaliação das necessidades de conhecimento,a transmissão de conhecimentos e a disponibilidade,foram as subcategorias mais referenciadas, no âmbito do papel desempenhado pelo enfermeiro, como agente educador.

Emergiu como fatores intervenientes no processo de educação; a pessoa cuidada, o enfermeiro e o ambiente. Face à pessoa cuidada, os enfermeiros consideraram essencial a motivação e a aptidão para aprender, evidenciando a idade, capacidade cognitiva, nível de instrução, memória, grau de compreensão e o estado de saúde/doença,como factores intervenientes. O enfermeiro intervém na educação pela sua capacidade de comunicar, disponibilidade, conhecimentos e nos registos de enfermagem. O ambiente foi mencionado como factor dificultador, pela falta de privacidade e ruído. Verificou-se que os enfermeiros mobilizaram estratégias, como o motivar, informar, demonstrar e o reforço de ensino, para a promoção da educação .

Palavras-chave: Educação, conhecimento, autocuidado,insuficiência cardíaca

ABSTRACT

Education assumes a basic role in the process of care giving in nursing. According to Orem (1995, p.19) it is a valid method to help who needs training to develop knowledge or a particular skill. It is intended that knowledge may “liberate from the dependence regarding the other and allow the evolution towards autonomy and self-accountability” (PHANEUF, 2005, p.402). In a hospital setting, the sick person needs to acquire knowledge and skills.

The aim of the study is to understand the nursing interventions developed in care giving that aim at the education towards the self-care knowledge of the person with heart failure, in a hospital setting. It's a qualitative study, with an exploratory and descriptive approach, through the application of a questionnaire, with six questions, to 9 nurses, whose sample is intentional, not probabilistic.

The results of the study show that the education is carried out by the nurses, according to a process of evaluation, planning and intervention, in a structuralized way during care giving, bearing in mind the needs, capacities and preexisting knowledge of the person. The assessment of the knowledge needs, the transmission of knowledge and availability, were the more commonly referred subcategories, in the scope of the role played by the nurse, as an educator.

The individual being taken care of, the nurse and the environment emerged as intervening factors in the education process. Regarding the individual, the nurses considered motivation and the aptitude to learn as essential, emphasizing age, cognitive capacity, level of instruction, degree of understanding and one's health condition/illness.

The nurse intervenes in the education through his/her ability to communicate, availability, and knowledge in the nursing records. Environment was mentioned as a cause of difficulties, due to the lack of privacy and noise. It was perceived that nurses mobilized strategies, such as informing, motivating and demonstrating and the education reinforcement for the promotion of education.

Keywords: Education, knowledge, self-care and heart failure.

INDICE

Pág

1. INTRODUÇÃO	11
2. JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	13
3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
3.1 A Pessoa com Insuficiência Cardíaca em Contexto Hospitalar	16
3.2 Definição de Conceitos	17
3.3 Educação para o Conhecimento na Pessoa com Insuficiência Cardíaca	18
3.3.1 Factores que Interferem no Processo de Construção do Conhecimento e na Aprendizagem	22
3.3.2 Estratégias Facilitadoras no Processo de Construção do Conhecimento e na Aprendizagem	23
3.4 Educação para o Auto cuidado na Pessoa com Insuficiência Cardíaca	25
3.5 Contributo da Teoria de Autocuidado de OREM	27
3.6 Intervenção do Enfermeiro na Educação para o Conhecimento e Auto cuidado na Pessoa com Insuficiência Cardíaca	29
4. OPÇÃO METODOLÓGICA	36
4.1 Tipo de Estudo	37
4.2 Amostra	38
4.3 Instrumento de Colheita de dados	39
4.4 Pré-teste	39
4.5 Aplicação do Instrumento	40
4.6 Questões Éticas	40
5. APRESENTAÇÃO E TRATAMENTO DE DADOS	42
5.1 Apresentação e Discussão dos Resultados da Análise	42
6. CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	68

ANEXO I - Pedido Oficial De Autorização da Aplicação do Instrumento, ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital onde se realizou o estudo

ANEXO II - Autorização Oficial do Conselho de Administração do Hospital onde se realizou o estudo

ANEXO III - Questionário

ANEXO IV - Consentimento Informado e Carta de Informação ao Enfermeiro Participante

LISTA DE QUADROS

QUADRO N°1	Distribuição das Unidades relativas ao papel do Enfermeiro Educador	43
QUADRO N°2	Distribuição das Unidades relativas à Organização das Intervenções de Enfermagem	46
QUADRO N°3	Distribuição das Unidades relativas ao Método de Trabalho de Enfermagem	49
QUADRO N°4	Distribuição das Unidades relativas aos Fatores que interferem no processo de educação para o conhecimento e autocuidado	50
QUADRO N°5	Distribuição das Unidades relativas às Estratégias utilizadas pelos enfermeiros no âmbito da educação para o conhecimento e autocuidado	54
QUADRO N°6	Distribuição das Unidades relativas à Avaliação do Enfermeiro, no âmbito do conhecimento e autocuidado , após intervenção educacional	57

SIGLAS

AHA - American Heart Association

AVD – Actividades de vida diária

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EPICA - Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca e Aprendizagem

IC - Insuficiência Cardíaca

OE - Ordem dos Enfermeiros

WHO - World Health Organization

1. INTRODUÇÃO

A Insuficiência Cardíaca é uma síndrome com elevada morbilidade e mortalidade, com uma prevalência mundial de 1 a 2 % (AHA, 2005) e identificada como a principal causa de internamento hospitalar após os 65 anos nos Estados Unidos e na Europa. Em Portugal o estudo EPICA (2004), Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca e Aprendizagem, avaliou a prevalência da IC em 4,36% para adultos maiores de 25 anos. A pessoa com Insuficiência Cardíaca é confrontada com uma realidade complexa, provocando grandes alterações no autocuidado e na qualidade de vida. Neste contexto a avaliação, o acompanhamento e prevenção de factores precipitantes de descompensação constituem importantes aspectos no cuidar destes doentes (Guillet, 2004).

O conhecimento é considerado um “pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas e no reconhecimento da informação” (CIPE, 2006, Versão 1.0.). A informação pode influenciar significativamente a adaptação à doença e a adopção de comportamentos de adesão (Teixeira, 2004). Este conceito está associado ao conhecimento sobre o processo de doença, medicamentos, motivação e relação entre profissional de saúde e pessoa (CIPE, 2006, Versão 1.0).

A educação “é uma actividade intencional que permite à pessoa adquirir conhecimento de si mesmo e daquilo que o rodeia, podendo exercer mudanças nesse ambiente e na sua própria conduta” (COSTA & LOPEZ, 1998, s/p). Capacita-o na definição dos seus próprios problemas e necessidades, a compreender como pode resolver com os seus próprios recursos ou com apoios externos, e a promover acções para fomentar uma vida de bem estar (Costa & Lopez, 1998).

A educação é desenvolvida pelos enfermeiros, procurando responder às necessidades da pessoa confrontada com a doença, e alteração do autocuidado. Os enfermeiros “não propõem apenas informações, oferecem novas perspectivas ao doente, graças ao saber que decorre de uma boa prática de cuidados de enfermagem” (BENNER 2001). Promovem uma aprendizagem significativa, dotando a pessoa doente de competências para enfrentar a doença, mobilizar energia, para se adaptar e efectuar o autocuidado. Este é “um processo que permite ao utente e família adquirir a capacidade de funcionar eficazmente após doença e assumir responsabilidade pelos cuidados de saúde” (THEUEKAUF, 2000).

O enfermeiro tem por objectivo maximizar o bem estar e promover o autocuidado(OE,2003).Porém, para que a pessoa possa controlar a sua doença tem de ter acesso à educação, para poder tomar decisões de forma autónoma e responsável.

Na educação para o autocuidado os cuidados “são centrados no cliente e no prestador, na preparação para a alta e fomentar a gestão da saúde/doença e a qualidade de vida”(TONES e TILFORD, 1999,s/p). Considera-se neste contexto,pertinente investigar a prática da educação para o conhecimento e autocuidado, como uma atividade intencional dos enfermeiros com vista a tornar pessoas activas, reflexivas, capazes de colocar questões e capacitar para o controlo da sua vida e da sua doença.

Assim propomo-nos no presente estudo, compreender as intervenções de enfermagem desenvolvidas na prática dos cuidados, que visam a educação para o conhecimento e autocuidado da pessoa com insuficiência cardíaca, em contexto hospitalar. Pretende-se promover a melhoria da qualidade do exercício profissional e dos cuidados á pessoa com IC.

Apresentamos este estudo, a partir das seguintes áreas:Introdução,Justificação do Estudo,Enquadramento da Área Temática,a Opção Metodológica e sua discussão.

Na Opção Metodológica é evidenciado o desenvolvimento do estudo qualitativo com recurso a análise de conteúdo,sendo exploratório e descritivo. No método de recolha de dados é utilizado um Questionário a preencher pelo enfermeiro, sendo a selecção da amostra intencional.

Terminamos com a conclusão na qual,tecemos algumas considerações e recomendações para a melhoria da prática dos enfermeiros, no âmbito desta temática.

Neste trabalho foi aplicada a Norma da ESEL

2. JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

A Insuficiência Cardíaca(IC) é uma síndrome clínica crónica e progressiva que impõe importante limitação funcional, passível de frequentes descompensações mas que depende do auto-conhecimento para o autocuidado do doente com IC.

A Educação na Insuficiência Cardíaca (IC), envolve um tratamento complexo e alterações no estilo de vida com impacto importante sobre a qualidade de vida dos seus portadores e família, exigindo um acompanhamento permanente pela equipa de saúde (Stromberg, 2002,). Estratégias de educação em contexto individual ou em orientações de grupo conduzem a resultados positivos para melhorar a aderência e o auto cuidado (Nobre,2001) . Pender (1987) refere o contexto hospitalar como o local privilegiado para a educação para a saúde. O internamento constitui assim o momento ideal, para se realizar o processo de educação do doente e cuidador.

A Intervenção do Enfermeiro neste contexto é ensinar, reforçar, melhorar e avaliar as competências para o auto-cuidado. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2003) procura-se prevenir a doença e promover os processos de readaptação, para a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades de vida diária e a adaptação funcional aos défices, através do processo de aprendizagem. É função inquestionável a promoção da autonomia nas actividades de vida, como nos refere Theuerkauf, in. Enfermagem de Reabilitação (2000) *“Os objectivos da reabilitação direccionam-se no sentido de ajudar o utente a conseguir e manter o máximo de independência e desempenho seguro nas actividades de autocuidado”*.

Segundo Canguilhem (1968), apud HESBEEN (2003,s/p) a missão dos profissionais de saúde, com particular ênfase para os enfermeiros:

“ajudar a pessoa – e por vezes os seus próximos – a criar novas normas que lhe serão proveitosas e que lhe servirão de pontos de referência para fazer o seu caminho e descobrir comportamentos adequados à sua existência” para que a pessoa possa criar uma maneira de viver compatível coma sua situação de vida”.

A Intervenção Educacional deve ser flexível e adaptável às capacidades de aprendizagem do doente, centrada no auto-conhecimento para o auto-cuidado.

O conhecimento da pessoa com IC sobre a sua doença, permite uma melhor compreensão e participação mais activa na gestão da doença, orientando a sua intervenção para a promoção da

saúde, controle da doença e prevenção de complicações associadas. Antes de educar e dar a conhecer o que queremos transmitir, é necessário certificar que a pessoa seja capaz de se centrar na aprendizagem. A pessoa que vivencia uma situação de doença é confrontada com a necessidade de aprender a gerir um conjunto de situações. Requer a necessidade de mudança de alguns processos de autocuidado para responder às implicações decorrentes da doença.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003), “as pessoas são informadas e estimuladas a usarem os seus conhecimentos; a adoptarem atitudes que potencializem as suas capacidades e a desenvolverem actividades que melhorem a saúde deles próprios e das respectivas famílias “.É da responsabilidade do enfermeiro promover educação, como um direito básico à saúde. Mas é necessário perceber cada pessoa como um todo, no seu contexto de vida pessoal, afectiva e familiar.

A educação para o autocuidado tem um papel crucial na manutenção e desenvolvimento da saúde do indivíduo. Uma das competências dos enfermeiros assumidas pela Ordem dos Enfermeiros (2003) encontra-se no domínio da promoção da saúde, na qual o enfermeiro proporciona apoio/ educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente. A execução de cuidados de enfermagem que integrem processos educativos e promoção do autocuidado encontram-se inerentes ao conteúdo funcional de todas as de todas as categorias da Carreira de Enfermagem (Decreto-Lei n.º 437/91 parcialmente alterado pelos Decretos-Lei n.º 412/98 e 411/99), na alínea c) do artigo 7 do Decreto-Lei n.º 437/91.

Nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001) definidos pela Ordem dos Enfermeiros, é salientada a importância do desempenho do enfermeiro, como agente educador, na promoção do potencial de saúde adaptativo aos processos vitais, crescimento/ desenvolvimento e no fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo doente.

Na transmissão de informação é necessário, “...considerar os seus conhecimentos prévios, valores e comportamentos” (CARVALHO e CARVALHO, 2006, s/p) e “incentivar e promover a participação do utente no processo de aprendizagem bem como ajudar no estabelecimento de prioridades de aprendizagem” (PACHECO e CUNHA, 2006, s/p).

Assim, compreende-se a importância de estudar as práticas de forma a gerar conhecimento (Lopes, 2006), pelo que importa compreender e investigar o conhecimento das práticas de enfermagem, de

forma a contribuir para a reflexão sobre como planear e executar acções de desenvolvimento de competências, no âmbito da educação para o conhecimento e autocuidado.

Considera-se importante conhecer as práticas de educação, adoptadas pelos enfermeiros, no contributo para a promoção da qualidade da prestação de cuidados e ganhos em saúde.

Ao investigarmos a prática clínica dos enfermeiros estamos a promover o desenvolvimento da profissão (Lopes, 2006) e a implementação de estratégias e intervenções autónomas, para uma prática de enfermagem avançada. (Silva, 2010).

As razões pessoais que levaram à escolha desta temática fundamentam-se na experiência profissional, como Enfermeira de Reabilitação, num Serviço de Cardiologia, cuidando de pessoas que vivenciam doença crónica, como a IC, obrigando a grandes alterações, pela reavaliação das suas vivências, na sua forma de ser e viver. Neste contexto apercebemo-nos das necessidades das pessoas, em aprenderem a gerir o seu autocuidado. Na prática do cuidar pretende-se intervir na capacitação da pessoa ao nível do conhecimento sobre a doença com ganho relevante no autocuidado e na gestão da doença.

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

3.1 A Pessoa com Insuficiência Cardíaca em Contexto Hospitalar

Actualmente, 23 milhões de pessoas são portadoras de Insuficiência Cardíaca, dos quais 6,5 milhões na Europa. Em Portugal a prevalência da IC situa-se em 4,36% para adultos com mais de 25 anos (EPICA, 2004). A Insuficiência Cardíaca é uma “síndrome em que o coração deixa de conseguir bombear sangue suficiente para o resto do corpo, podendo dividir-se em IC aguda e IC crónica” (SWEDBERG, K. et al., 2005,s/p) .

A IC é classificada em 4 classes, no âmbito da fadiga e dispneia, baseada na severidade da clínica e do prognóstico de acordo com New York Heart Association (NYHAC). Estas classes estratificam o grau de limitação imposto pela doença, para actividades quotidianas do indivíduo. No início da IC, observa-se “dispneia apenas em resposta ao esforço, mas com o evoluir da doença, manifesta-se mesmo em repouso” (KASPER, 2006,s/p). “edemas periféricos também são um sinal de IC, resultantes da retenção de líquidos e sua consequente acumulação” (SWEDBERG, 2005,s/p).

As alterações fisiológicas decorrentes da doença, conduzem a pessoa a uma condição crónica de saúde, que traz consigo mudanças de estilo de vida (Ribeiro, 2001). Representa uma necessidade de adaptação do quotidiano, sendo interpretada como factor de crise, ameaçando a estabilidade familiar, profissional, social e cultural .A pessoa com IC vivencia “dificuldades no âmbito do Autocuidado, limitações físicas, falta de conhecimento, constrangimentos financeiros, dificuldades na obtenção de suporte social e emocional “(While et al., 2009,s/p) . Oguz (2008) afirma que estas pessoas experienciam situações de grande fragilidade no relacionamento marital e familiar, no exercício profissional e no desempenho em sociedade pela progressiva limitação da capacidade funcional associada. Mendes (2010) refere no seu estudo que a pessoa com IC apresenta respostas corporais ao processo de doença: intolerância à actividade” ,retenção de líquidos” alteração do padrão de sono e sentimentos de perda de autonomia. O confronto com a situação de doença leva o doente a situações de dependência de familiares e dos profissionais de saúde no suporte para o autocuidado.

A doença representa para a pessoa uma ameaça e um desafio sendo vivenciado de acordo com a idade, experiência , estado emocional, apoio efectivo, capacidade individual de adaptação e a representação que o indivíduo tem da doença (Santos,2000). No Internamento Hospitalar a pessoa é privada das suas funções, da sua vida social e do afecto familiar.

3.2 Definição de Conceitos

“... a *educação* é toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde e doença [...], produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida”. (CARVALHO, 2005s/p). A Educação, no contexto de saúde, é “qualquer actividade planeada que promova a aprendizagem relacionada com a saúde ou a doença”(BENNETT e MURPHY,1999,s/p).O Ministério da Saúde (2000) definiu educação terapêutica como um processo educativo preparado, desencadeado e efectuado por profissionais de saúde, devidamente capacitados, com vista a habilitar o doente e a sua família a lidar com uma situação de doença crónica, e com a prevenção das suas complicações. Visa, não só o doente mas também a sua família, de modo a que todos se tornem mais independentes dos serviços de saúde. A prática da educação é uma actividade intencional do enfermeiro, com o objectivo de tornar a pessoa activa, informada, reflexiva no controle da sua vida/saúde.

Informação deve ser entendida como “conteúdo de uma mensagem, enquanto comunicação deverá ser definida como o processo pelo qual a informação é transmitida entre o emissor e o receptor” (MELO,2005,p.54),. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE,Versão 1 (2005,p.136) não se afastando da descrição anterior, define informar como comunicar alguma coisa a alguém. Fonseca & Videira (2003, p.41) salientam que “o processo de informar é uma resposta à satisfação das necessidades humanas, com intuito de estimular cada pessoa a realizar-se”.

De acordo com vários autores (Rothrock, 1989; Soares et al.,1997), a informação a ser transmitida às pessoas em contexto de saúde, pode dividir-se em três tipos:

- *Informação sensorial*, que descreve as sensações que o doente poderá experienciar, permitindo que este contacte com a realidade e não se sinta tão ameaçada com o desconhecido;
- *Informação processual*, que enfatiza a sequência dos procedimentos médicos, possibilitando uma maior confiança e sentido de controlo nos acontecimentos;
- *Informação sobre aspectos psicológicos ou informação sobre estratégias de coping* que também ajuda o indivíduo na adaptação ao evento *stressante*, influenciando os seus sentimentos e atitudes de modo a reduzir os níveis de ansiedade, permitindo que a pessoa tenha um maior controlo sobre a situação.

A informação deve ser clara e precisa para evitar que a pessoa fique com dúvidas ou faça uma interpretação errada dos acontecimentos. O enfermeiro como agente educador deve orientar para uma aprendizagem partilhada, respeitando os saberes e interesses, favorecendo a aprendizagem dos conhecimentos.

O **Conhecimento** é o “conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões apreendidas, conhecimento ou reconhecimento de informação” (CIPE, versão 1.0). O *conhecimento sobre saúde* é ter “capacidade de reconhecer sinais e sintomas da doença e de partilhar a informação com pessoas que são importantes para o cliente” (CIPE, versão 1.0).

A **Aprendizagem** é o “processo de adquirir conhecimentos ou competências por meio da instrução, prática, treino ou experiência” (CIPE, versão 1.0). Para ALARCAO (1985) “a aprendizagem é um processo harmónico e progressivo, de exploração, descoberta e reorganização mental, em busca do equilíbrio da personalidade” (ALARCAO, 1985, p. 101.). Defende que deve estar de acordo com os interesses da pessoa e ser significativo para o próprio.

A **Aprendizagem de capacidades** é “a aquisição do domínio de actividades práticas associada a treino, prática e exercício” (CIPE, versão 1.0, p. 85). É um processo de “construção pessoal”, resultante de um processo experiencial, interior à pessoa e que se traduz numa modificação de comportamento relativamente estável “(ALARCAO, 1985, p. 86) .

3.3 Educação para o Conhecimento na Pessoa com Insuficiência Cardíaca

A educação da pessoa internada, assim como a responsabilização do profissional para a sua execução, são medidas a serem implementadas pelo estabelecimento de políticas e procedimentos para que a promoção da saúde nos hospitais seja uma realidade (WHO, 2004). Comporta uma filosofia de responsabilidade e autonomia, cujo processo pretende capacitar a pessoa com IC, no conhecimento para lidar com a sua doença.

Perante a doença, a pessoa tem que aprender determinadas competências, que lhe permitam lidar no dia-a-dia com os sintomas e limitações que esta possa causar. Apesar deste esforço, muitas pessoas reagem à doença conseguindo integrá-la na sua vida de forma razoável, ajustando-se aos seus novos hábitos de saúde. É necessário que possuam um conhecimento correcto acerca da sua saúde e

doença, assim como a possibilidade de resolver os problemas quando estão a tentar implementar um comportamento saudável (Sarafino, 2002).

A Organização Mundial de Saúde contempla o aumento dos conhecimentos e informação sobre a saúde, como uma das cinco áreas de intervenção. O fornecimento de informação é um aspecto considerado básico para que a pessoa tome decisões conscientes sobre a sua saúde, permitindo que esta enfrente as dificuldades e incertezas, e mantenha a sua máxima autonomia face aos técnicos de saúde (Paúl & Fonseca, 2001).

O fornecimento da “informação constitui uma premissa essencial em contexto de saúde” (MELO, 2005, p.53). Confere-lhe a capacidade de fazer escolhas, colocar questões e ajuda a aliviar o stress e a ansiedade que acompanham qualquer internamento hospitalar” (DAWSON,2003 p.397). Para Melo (2005) a informação facilita a compreensão do doente face ao seu problema, como elemento central da prestação de cuidados.

A informação é um factor chave para que os pacientes possam participar activamente nas decisões acerca da sua saúde (OMS, 2002). Para tal, estes necessitam de trocar informações com o seu técnico de saúde, sobre as quais farão a respectiva integração, compreensão e avaliação. Também é essencial adaptar a linguagem aos conhecimentos do doente, ao seu grau de escolaridade, sua cultura e idade.

A dimensão da informação contribui decisivamente para os processos de adaptação e tomada de decisão, nomeadamente nas situações de doença e internamento. Importa identificar as necessidades individuais de informação para que o enfermeiro possa estabelecer uma comunicação efectiva e centrada nas preferências da pessoa com IC.

Benner (2001) menciona como as enfermeiras aprendem a comunicar e a transmitir informações, utilizando todos os seus recursos pessoais como a atitude, o tom de voz, o humor, a competência. “Não basta a simples transmissão de informação científica e técnica, culturalmente neutra”(BENNER,2001,p.103). “ é necessária uma verdadeira interpretação da cultura dos indivíduos, considerando os seus conhecimentos prévios, valores e comportamentos (CARVALHO e CARVALHO, 2006,s/p).

A aprendizagem é um “processo activo da pessoa que aprende, organiza e guarda a informação recebida (ALARCAO,1985 p.102.). Deste modo a pessoa vai construindo, o seu conhecimento, seu modelo de realidade, a totalidade do seu saber. Este mesmo autor defende que a construção pessoal significa aprender através da experiencia pessoal de quem aprende, numa procura de equilíbrio entre o adquirido e o que falta adquirir. Afirma que o processo é experiencial pela confirmação do carácter pessoal da aprendizagem e nas modificações que ela opera no comportamento exterior, observável da pessoa.

A aprendizagem (como acção educativa) tem por finalidade ajudar a desenvolver no educando as capacidades que lhe permitam ser capaz de entrar numa relação pessoal com o meio em que vive. Para aprender é preciso adquirir conhecimentos, de cultivar atitudes, de aprender a tomar decisões e de desenvolver capacidades (motoras, cognitivas e de sociais). Segundo Carl Rogers (2009),citado por Alarcão, “a aprendizagem é um processo pessoal, vivencial, no centro do qual está a pessoa como ser que pensa, sente e vive”(ALARCAO,1985,p.102). “novas estratégias de pensamento, novas capacidades motoras e novas atitudes são apreendidas e podem promover um novo desempenho”(REDMAN, 2003,p.28).

A educação deve então ser baseada numa avaliação individual de forma a responder às necessidades e perspectivas da pessoa. “deve respeitar capacidades, conhecimentos, perícias, atitudes e motivação para se adaptar à doença (WIKBLAD, 1991,s/p).

O controlo adequado da doença, requer habilidades “táticas (como fazer) e situacionais (o que fazer e quando fazer) (Riegel,2008).Segundo o mesmo autor orientações á pessoa e família de forma individualizada ou em sessões de educação em grupo, vão permitir a percepção da pessoa sobre o benefício do autocuidado e alcançar o controlo da doença.

A educação, é de facto, um factor fundamental para a pessoa cuidada e família, face ao presente, com a diminuição do tempo de hospitalização e o regresso cada vez mais precoce ao domicílio (Phaneuf, 2001)

Em contexto hospitalar é realizada na perspectiva das orientações e do ensino do autocuidado. Segundo Stromberg (2002) a educação na IC, envolve a identificação de sinais e sintomas de descompensação clínica, monitorização de peso, recomendação dietética, educação para o uso de medicamentos, actividade fisica regular, repouso e alterações ao estilo de vida.

A enfermeira, como parte integrante da equipe de saúde, reúne um conjunto de competências necessárias para planejar, executar, avaliar estratégias técnico científicas e desenvolver intervenção educativa na pessoa com IC.

A missão educativa do enfermeiro, na dimensão promoção da saúde, como na dimensão readaptação funcional, emerge do enunciado descritivo da Ordem dos Enfermeiros. Relativamente à dimensão readaptação funcional, é defendido pela Ordem, o ensino, a instrução e o treino do cliente sobre adaptação individual requerida face à readaptação funcional. O ensino ao doente “não é uma livre escolha da enfermeira, mas uma obrigação profissional ligada à qualidade e à responsabilização pelos cuidados” (PHANEUF, 2001,s/p).

Rodrigues (2005) cita que os enfermeiros são historicamente educadores por excelência, no contexto das equipas de saúde e nas estratégias de intervenção. A educação promovida pelo enfermeiro direcciona-se para uma acção instrumental, que influencia o comportamento e as atitudes do doente e acção protectora, que procura minimizar a apreensão do doente em relação ao tratamento (LESSA e al ,2010,s/p) .Ainda segundo este autor o processo de *educação* pode ser composto por *5 passos*:

- Avaliação do conhecimento, cognição, atitudes, motivação, “erros” que o doente realiza em relação ao tratamento;
- Identificação do que poderia ser ensinado, considerando as potenciais barreiras à aprendizagem;
- Planeamento da educação
- Intervenções com a participação do doente;
- Avaliação do processo educacional.

As intervenções de enfermagem realizam-se, para permitir à pessoa, enquanto agente intencional de comportamentos, baseados nos valores, crenças e desejos individuais, construir o seu projecto de saúde. “Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003,s/p).

3.3.1 Factores que Interferem no Processo de Construção do Conhecimento e na Aprendizagem

Phaneuf (2005) afirma que existem factores que afectam a aprendizagem, nomeadamente: a motivação, as capacidades intelectuais da pessoa, a memória, o nível de instrução e o grau de compreensão. Reforça a existência de factores como o medo, a dor, a fadiga, o stress, emoções, ansiedade, que podem condicionam a aprendizagem. Considera também que o ambiente físico do hospital, condiciona a observação e a comunicação devido aos ruídos, à presença do pessoal e das visitas de outros utentes nas enfermarias.

A falta de privacidade é outro aspecto mencionado por Phaneuf (2005), pela distribuição de vários utentes na mesma enfermaria, pela contínua interrupção por outros profissionais ou utentes. Os aspectos culturais, religiosos e nível de educação devem ser também avaliados no planeamento da aprendizagem.

Moser e Watkins (2008) referem no seu estudo, uma variedade de factores que influenciam a capacitação para o autocuidado como o envelhecimento, aspectos psicosociais, sintomas actuais e anteriores experiencias de vida. Na idade dos 40 aos 65 anos, a pessoa encontra-se numa fase estável, mas pode ocorrer alterações ao nível físico com maior preocupação com a sua auto imagem. A motivação para a aprendizagem mantém-se, mas podem ocorrer alterações ao nível da energia, ou órgãos dos sentidos que podem afectar a aprendizagem.

Relativamente à fase do ciclo vital acima dos 65 anos, considerada por alguns autores como os idosos, é um conceito também em mudança. Poderá ocorrer um decréscimo de algumas capacidades ao nível físico que podem afectar as habilidades psicomotoras. A organização do conhecimento mantém-se estável, podendo existir alterações ao nível da memória relativamente a informações transmitidas previamente.

Pressler (2008) revela no seu estudo, que 25 a 50% os pacientes com IC apresentam alterações no funcionamento cognitivo, com alterações cerebrais estruturais e funcionais e diminuição da perfusão cerebral. Podemos inferir que, no adulto, é importante determinar qual o conhecimento que este tem sobre a temática a abordar, focando na experiência anterior. Deste modo, González (1998) refere que o seu método parte da necessidade e do significado atribuído pelo utente para entender e realizar uma comunicação eficaz é estabelecida numa relação. Uma das formas de construir relação é através da comunicação.

González (1998) afirma que a comunicação é fulcral na educação , dando resposta a necessidades concretas, como veículo de transmissão e a chave do desenvolvimento humano. Para o mesmo autor González (1998) o educador deve ter habilidades suficientes para comunicar de forma clara e empática, para que se possa estabelecer um vínculo educativo, É importante ainda ter ideias estruturadas sobre o que vai ensinar. A capacidade de escuta e de negociação são fundamentais, pelo que o enfermeiro deve respeitar e valorizar o desafio que o doente com IC enfrenta na educação para o conhecimento e auto cuidado.

3.3.2 Estratégias Facilitadoras no Processo de Construção do Conhecimento e na Aprendizagem

O enfermeiro sendo considerado um educador por excelência, descreve a aprendizagem como um “pensamento com as características específicas: processo de adquirir conhecimentos ou competências por meio de estudo sistemático, instrução, prática, treino ou experiência “(CIPE, 2006,p.84).

Subdividem em aprendizagem cognitiva que se define por ” aquisição de capacidades de resolução de problemas, associada à inteligência e ao pensamento consciente”. (CIPE,2006,p.85). A aprendizagem de capacidades definida “como aquisição do domínio de actividades práticas associada a treino, prática e exercício” (CIPE,2006,p.85).

Phaneuf (2005) refere a entrevista de informação e de ensino como uma estratégia pedagógica para educar a pessoa cuidada, restaurando deste modo a autonomia. Este processo visa aumentar e aprofundar os conhecimentos da pessoa doente relativamente à sua saúde e ao tratamento.

Para Rodrigues (2005) é fundamental que o ensino seja diferenciado consoante os educandos, para que estes desenvolvam conhecimentos, competências e habilidades, capacitando o doente para tomar as melhores decisões. Lopes (2006) refere que os conhecimentos não podem ser ensinados, têm de ser aprendidos. Sugerem o recurso a estratégias de aprendizagem através de comportamentos que ajudam a compreender e a reter a informação; estratégias cognitivas através da repetição, da consulta, anotações; estratégias metacognitivas nas quais se inclui processos de planeamento, controlo e autoavaliação.

Boyd (1998) sugere outras estratégias para promover a aprendizagem nomeadamente: ser específico e concreto na abordagem, repetir a informação, ser breve, ter a informação estruturada e organizada,

estabelecer um contracto, adequar planos a necessidades individuais, promover a auto monitorização.

A participação deverá ser encorajada ao longo de todo o processo de aprendizagem.

Graham(1998) descreve quatro características que promovem um ambiente de aprendizagem:

- O respeito pela personalidade
 - Liberdade de expressão e de disponibilidade de informação;
 - Participação na tomada de decisão;
 - Responsabilização mútua no planeamento, estabelecimento de objectivos e avaliação das actividades.
- (GRAHAM,1998, p.104)

Benner (2001) descreve como as enfermeiras aprendem a comunicar e a transmitir informações, utilizando recursos pessoais como a atitude, o tom de voz, o humor, a competência. As competências no domínio, Função de Educação, são segundo Benner (2001) :

- Saber quando o doente está pronto a aprender (“momento”)
- Ajudar os doentes a interiorizar as implicações da doença no seu estilo de vida
- Fornecer uma interpretação do estado do doente e dar as razões dos tratamentos
- Tornar abordáveis e compreensíveis os aspectos culturalmente “tabu” de uma doença
- Saber e compreender como o doente interpreta a sua doença

(BENNER, 2001, p.104):

Segundo Meleis (2000) o conhecimento resulta de uma acção conjugada e disciplinada de todos os envolvidos, doente, família e prestadores de cuidados de saúde. Pelo que “o enfermeiro pode contribuir com a sua intervenção centralizada na pessoa e nas suas reais necessidades” (MELEIS *et al.*, 2000,s/p). Oguz (2008) refere que o conhecimento traduz uma melhor capacitação para a tomada de decisão. Ao gerar conhecimento para a acção consegue-se, promover a gestão de cuidados, contemplando o envolvimento na construção do processo de vida do doente, com o objectivo de conseguir melhor bem estar e qualidade de vida (Orem,1995).

Mendes (2010) considera como principal factor facilitador neste processo o suporte familiar que o doente recebe dos familiares.Evangelista (2008) defende que as estratégias motivar, capacitar, e incentivar o doente na tomada de decisão informada, são eficazes para contribuir efectivamente para ao autocuidado. Torna-se fundamental identificar o conhecimento da pessoa sobre a doença para o planeamento e acompanhamento na intervenção educativa (Stromberg, 2002).

3.4 Educação para o Auto cuidado na Pessoa com Insuficiência Cardíaca

Recomendações nacionais e internacionais da IC, preconizam acções de educação à pessoa com ênfase nos conhecimentos sobre a doença, tratamento farmacológico e não farmacológico, visando o autocuidado. O auto-cuidado é um tipo de “acção realizado pelo próprio com determinadas características e para o qual deve estar preparado” (CIPE, 2005). É um sinónimo de cuidado de si próprio ,pressupõe um “papel activo da pessoa na realização das respectivas actividades de vida diária, para benefício próprio em termos de manutenção da qualidade de vida, da saúde e do bem-estar” (OREM, 1995,s/p). Nesta perspectiva, o modelo de OREM dirige a intervenção do enfermeiro às necessidades do indivíduo em autocuidado(...) e na continuidade para a manutenção de vida e de saúde. (Orem, 1993, Pearson e Vaughan, 1992). Assume a pessoa como responsável pelo seu auto-cuidado e pela melhoria da sua qualidade de vida.

Pender (1987) descreve a educação para o autocuidado como sendo constituída por:

- Período de tempo para a expressão de sentimentos;
- Reforço da auto estima
- Acesso à informação
- Práctica das técnicas de auto cuidado
- Apresentação de pontos de vista alternativos de problemas de saúde

A Educação para o autocuidado tem como objectivo “Influenciar a pessoa relativamente aos comportamentos relacionados com a saúde promovendo informação para a tomada de decisão e mudança de atitude” (PENDER,1987,p.192)

A Educação efectuada em cuidados hospitalares inclui uma variedade de actividades que “tem por objectivo o esclarecimento sobre a doença e efeitos da mesma,a adaptação a limitações e ou incapacidades impostas” (BRANCO,1995, p.22). A mesma autora defende que a educação para a saúde deverá ser encarada como uma actividade globalizante, desenvolvimentista e construtivista, que permita à pessoa uma forma de estar e pensar em saúde enquanto indivíduos.

Quando a pessoa não é capaz de se auto-cuidar “ a enfermagem tem o poder de satisfazer as necessidades de auto-cuidado para manter a vida, a saúde e a qualidade de vida”(SILVA E MENDES, 2007,s/p). O enfermeiro deverá agir como promotor do cuidar e do autocuidado.

As intervenções de enfermagem vão de encontro aos três tipos de sistemas de intervenção sistematizada, segundo Orem(1995), com a finalidade de ajudar a pessoa a executar as suas actividades de vida de modo tão independente quanto possível:

- *Intervenção de enfermagem totalmente compensatória*, face à inexistência na pessoa de recursos necessários para a satisfação das AVD's;
- *Intervenção parcialmente compensatória*, quando se consegue a participação do indivíduo na partilha da responsabilidade pelo seu cuidado, assumindo os recursos que estão dentro da sua capacidade, intervindo o enfermeiro naqueles que o doente não consegue desenvolver;
- *Intervenção com um papel educativo e de apoio*, quando a pessoa possui os recursos para se autocuidar, mas não dispensando as necessidades de apoio, orientação e supervisão dos cuidados.

Implícita está a essência de uma avaliação adequada e centrada na pessoa, e na família, como processo para o diagnóstico da funcionalidade, selecção de intervenções válidas de acordo com as necessidades e problemas detectados. OREM (1995) reforça esta ideia ao acentuar que o primeiro passo na operacionalização de um processo de enfermagem, é a identificação das limitações e/ou habilidades da pessoa para se cuidar, para realizar as suas actividades de vida, sendo determinante uma avaliação da funcionalidade da pessoa. A capacidade funcional surge, como um novo paradigma de saúde, sendo esta “a capacidade do indivíduo realizar suas actividades físicas e mentais necessárias para manutenção de suas actividades básicas” (GUIMARÃES, 2004,s/p).

Neste contexto a intervenção do enfermeiro é ensinar e avaliar as competências para o autocuidado e “promover processos de readaptação(..) a máxima independência na realização das actividades de vida , procura-se a adaptação funcional aos défices”(O.E,2003). O ensino deve ser desenvolvido para dar resposta às necessidades individuais de educação, para permitir que “a pessoa tenha uma melhor percepção da doença (...) e desempenhar um papel activo na sua recuperação, respeitando a sua autonomia “(POIRIER e al,2006,s/p).

Hatchett e Thompson(2006) defendem que a família ou prestadores informais do doente desempenham um papel importante e devem ser incluídos na educação.

3.5 Contributo da Teoria de Autocuidado de OREM

A Teoria de Autocuidado de Orem contribui para fundamentar a prática do enfermeiro e o ensino do processo de enfermagem. Focaliza o indivíduo, como o centro da organização do cuidar em enfermagem, destacando a influência do envolvimento familiar no seu processo educativo, sendo o autocuidado basilar na manutenção do seu equilíbrio físico, mental e espiritual. O enfermeiro precisa interagir com a pessoa visando avaliar adequadamente as necessidades de autocuidado e traçar planos de intervenção coerentes com as expectativas. Esta teoria forneceu sustentação para a intervenção de enfermagem com foco na educação para o conhecimento e autocuidado da pessoa com IC.

O autocuidado “ é a prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício para a manutenção da vida e do bem-estar” (OREM,1995,p.8)

Dorothea Orem desenvolveu três teorias a partir da observação do cuidado de enfermagem: AutoCuidado, Défice de Auto Cuidado e Sistemas de Enfermagem. Estes focam-se em ajudar os pacientes ou os cuidadores de pacientes dependentes a manter a independência (Orem, 1995) .

Dos conceitos definidos pela mesma autora destacamos os considerados de especial relevância para o estudo, em termos de referencial teórico de enfermagem:

Ser humano

“Os seres humanos têm potencial para aprender e desenvolver-se, cujos fatores que afetam a aprendizagem incluem a idade, capacidade mental, a cultura, a sociedade e o estado mental.” (OREM,1995, p. 96-97)

Saúde

“Cada ser humano possui seu próprio conceito de saúde, doença e diariamente se adapta às situações de saúde/doença” (OREM,1995,p.96)

È um estado de totalidade e integridade enquanto ser humano, entre mecanismos biológicos, psicológicos, interpessoais e sociais, sendo alcançado por ações de autocuidado.

Autocuidado

“ é a capacidade da pessoa em concretizar as situações de vida por si face às suas necessidades, sendo aprendido e aperfeiçoado ao longo da vida. Pode ser reaprendido

quando ocorre deficit decorrente de algum comprometimento, exigindo estímulo e apoio da equipe de saúde e família.

A **família** é a base estrutural para educação e capacitação da pessoa de acordo com as suas necessidades.

Enfermeiro

“são pessoas que possuem conhecimento, habilidades e qualidade para realizar intervenções de enfermagem em situações de saúde e doença ou deficit de cuidados de enfermagem(..)promovem acções de educação á família e sociedade”(OREM,1995,p.435)

Intervenções de Enfermagem – Reabilitação

Cuidados realizados pela enfermagem, satisfazendo o deficit terapêutico, ajudando e ensinando a realizar/reaprender as ações de autocuidado.

A teoria do *autocuidado* tem uma função humana reguladora, em que a pessoa desempenha por si próprio ou alguém executa por ela para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. O autocuidado é um sistema de ação, tendo de ser aprendido e executado continuamente, em conformidade com as necessidades reguladoras das pessoas. O modelo proposto por Orem permite a determinação do déficit de autocuidado e a definição de papéis da pessoa e do cuidador. A sua aplicação proporciona conhecimento e orientação para o autocuidado. A intervenção do enfermeiro, prioriza as atividades inerentes ao seu papel de educador, promovendo o envolvimento da pessoa às atividades de autocuidado, principalmente quando apresenta deficit de conhecimento e de habilidades para cuidar de si mesmo.

Na teoria do *deficit de autocuidado* a enfermagem intervém quando a pessoa necessita para a realização de autocuidado ,conhecimento, habilidades ,adquiridas através do treino ou para se recuperar da doença (OREM,1995,p.174) Exprime a relação entre as capacidades de ação das pessoas e das suas necessidades de cuidado. A Teoria de Sistemas de Enfermagem é baseada nas necessidades de autocuidado e nas capacidades dos indivíduos para desempenhar as suas atividades.

A intervenção de enfermagem tem como finalidade “conhecer e ajudar a pessoa na sua necessidade de autocuidado, desenvolvendo as suas próprias habilidades e capacidades em benefício próprio” (OREM,1995, p.303-306). Pode-se identificar 3 classificações de sistemas de enfermagem para

preencher os requisitos de autocuidado: o sistema totalmente compensatório; o sistema parcialmente compensatório e o sistema apoio-educação.

O *sistema totalmente compensatório* ocorre quando o indivíduo encontra-se totalmente dependente dos outros para manter a sua existência e bem estar.

No *sistema parcialmente compensatório* a enfermeiro “assiste o indivíduo nas suas necessidades, compensando as limitações do autocuidado” (OREM,1995,p.310).

No sistema *apoio-educação* “o indivíduo realiza todas as ações mas precisa de ajuda na tomada de decisões e na aquisição de conhecimentos e habilidades”(OREM,1995;p.310-311). A enfermagem capacita-o como o agente do autocuidado . Tem uma intervenção de apoio, orientação, promoção de um ambiente seguro e favorável às atividades requeridas bem como ao ensino.

A Enfermagem é uma profissão que possui um corpo de conhecimentos técnico- científicos que a instrumentaliza a reconhecer, avaliar, planejar, implementar cuidados de enfermagem, respeitando as necessidades e de desvio de saúde da pessoa com IC, contribuindo para o seu autocuidado.

3.6 Intervenção do Enfermeiro na Educação para o Conhecimento e Auto cuidado na Pessoa com Insuficiência Cardíaca

“Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue “ (OE,2003,p.145), prevenindo a doença e promovendo a readaptação, através de processos de aprendizagem da pessoa. Cada pessoa é um ser social único, com dignidade própria, em interacção com o ambiente, modificando-o e sofrendo a influência dele na procura de equilíbrio e harmonia. É agente intencional de comportamentos e centro de processos não intencionais, cujas funções fisiológicas, mesmo, sendo não intencionais , sofrem a influencia do biológico, psicológico, social e espiritual.

O enfermeiro deve ser, por inerência das suas funções, um educador. No que diz respeito ao conteúdo funcional de todas as categorias da Carreira de Enfermagem (Decreto-Lei n.º 437/91parcialmente alterado pelos Decretos-Lei n.º 412/98 e 411/99), na alínea c) do artigo 7 do Decreto-Lei n.º437/91 faz parte a execução de cuidados de enfermagem que integrem processos educativos e que promovam o auto-cuidado do utente.

Nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001) definidos pela Ordem dos Enfermeiros, é salientada a importância do desempenho do papel de educador, ao referir-se que na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde, mas sendo necessária “uma verdadeira interpretação da cultura dos indivíduos, considerando os seus conhecimentos prévios, valores e comportamentos” (CARVALHO e CARVALHO, 2006,s/p).

As suas intervenções vão desde (1) Identificar o que o utente pretende saber; (2) Determinar o que o utente pretende aprender; (3) Entender a motivação e aptidão para aprender; (4) Colher os dados do utente, família e comunidade, tendo em atenção os factores de aprendizagem; (5) Avaliar os dados de forma a identificar as necessidades de aprendizagem; (6) Incentivar e promover a participação do utente no processo de aprendizagem; e (7) Ajudar no estabelecimento de prioridades de aprendizagem do utente (PACHECO e CUNHA, 2006,s/p).

Os enfermeiros necessitam de diferentes tipos de competências para o desempenho de educador: (1) escutar activamente os indivíduos e identificar quais as suas convicções acerca da saúde; (2) criar uma relação de ajuda; (3) criar interesse e entusiasmo pelo bem-estar dos utentes; (4) participar com os indivíduos no processo de tomada de decisões; (5) ajudar a clarificar as escolhas à disposição dos utentes; (6) desenvolver as suas próprias capacidades de comunicação e aconselhamento; (7) conferir autoridade quer a si próprios, quer aos utentes; e (8) conseguir que os utentes respondam e se adaptem aos desafios e obstáculos que encontrem (LASH,1990,s/p). Posteriormente, AMADO (1999) acrescentam que, o enfermeiro deve ser imparcial, deve saber escutar, saber dar suporte, saber guiar, respeitar crenças, valores e atitudes dos utentes, assim como respeitar a autonomia de cada pessoa.

Segundo a CIPE(2005), é primordial o enfermeiro saber *Interpretar*, isto é, compreender o doente/família, sendo para tal, necessário dar as informações sistematizadas, integrando-as no devido contexto, ou seja, Instruir, de modo a *permitir*, ou dar uma oportunidade ao doente/família, de *optimizar* a sua saúde, para obter os melhores resultados., Assume primordial importância que *não basta Informar*, ou seja, comunicar alguma coisa ao doente/família. É essencial *Educar*, transmitir conhecimentos pertinentes para capacitar a pessoa a tomar as suas próprias decisões em termos de saúde e doença.

Neste contexto o exercício profissional do enfermeiro centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa/família/comunidade. A relação que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa (doente ou não) é indissociável da componente técnica dos cuidados sendo indispensável para o êxito dos mesmos. Esta relação tem sido alvo de diversos estudos por parte das teóricas de enfermagem, uma vez que é a essência dos cuidados de enfermagem. De acordo com Benner (2001), os cuidados de enfermagem têm sete domínios distintos: a função de ajuda, a função de educação, a função de diagnóstico, acompanhamento e monitorização do doente, a tomada a cargo eficaz de situações de evolução rápida, a administração e acompanhamento de protocolos terapêuticos, assegurar e acompanhar a qualidade dos cuidados de saúde e as competências no âmbito da organização dos serviços de saúde.

A função de educação é um dos domínios fundamentais dos cuidados de enfermagem. Têm por foco de atenção o cliente e a família, com vista a estabelecer uma parceria, o que implica que o enfermeiro deve educar, adequando os seus conhecimentos às capacidades e necessidades dos clientes e família, de forma a promover a independência.

È efectuada através de um processo de interacção no qual o enfermeiro actua como factor facilitador. O agente de mudança deve ser a própria pessoa que é responsável pela prevenção, promoção da sua saúde, O enfermeiro deve ser co-participante nesse processo (Gomes 2002). São os enfermeiros que informam as pessoas acerca do que devem esperar da doença, do tratamento, corrigem as más interpretações e dão as explicações necessárias para esclarecer as dúvidas que as pessoas lhes colocam, tornando um pouco mais familiar, tudo o que a assusta ou lhe é estranho.

Na realização desta intervenção, os enfermeiros utilizam todos os seus recursos pessoais como a atitude, o tom de voz, o humor e a competência, pois é necessário saber quando é que a pessoa está pronta para aprender, ajudá-la a interiorizar as implicações da doença e do tratamento no seu estilo de vida.

É necessário saber e compreender como é que ela interpreta a sua doença, fornecer-lhe uma interpretação e razões para aderir ao tratamento, bem como abordar todos os aspectos relativos à sua doença (Benner, 2001).

Uma doença crónica, como a Insuficiência cardíaca implica a modificação de hábitos de vida, a gestão da medicação e o controlo da quantidade de líquidos ingeridos, resultando riscos para o seu

projecto de saúde. Para que a pessoa altere ou adote comportamentos adequados à sua nova condição de saúde é necessário possuir informação sobre porquê mudar, o que mudar e como fazer para mudar.

A ineficácia da gestão global da doença está fundamentalmente associada a défice de conhecimentos e habilidades para gerir regimes terapêuticos complexos, integrando-as nas actividades do dia-a-dia.

Para Stomberg (2002) o conhecimento, refere-se ao que se sabe e entende por IC. É necessário que a pessoa tenha conhecimento sobre a doença e o regime terapêutico, de modo a adquirir o domínio de habilidades práticas associadas ao treino, ou seja a aprendizagem de capacidades que lhe confirmem competência para lidar do ponto de vista instrumental, ou técnico, com a sua condição de saúde. Assim, as intervenções de enfermagem serão fundamentalmente no âmbito do educar, ensinar, instruir e treinar.

A informação reveste-se de particular importância, porque pode influenciar significativamente a avaliação que a pessoa doente faz da qualidade dos cuidados, a adaptação psicológica à doença e a adopção de comportamentos de adesão (Teixeira, 2004). A qualidade da comunicação entre os profissionais de saúde e a pessoa doente, acerca da sua doença e tratamento pode influenciar vários comportamentos relacionados com a saúde, cruciais para a recuperação de uma doença aguda ou na gestão de uma doença crónica.

Os enfermeiros, na transmissão das informações necessárias sobre a doença e o tratamento devem utilizar uma linguagem clara, adaptada à pessoa a quem a mensagem se destina e recorrer a outras técnicas disponíveis, além da transmissão oral, que facilitem a memorização, como os panfletos, imagens e filmes entre outros. Teixeira (2004) refere como requisitos fundamentais de uma comunicação eficaz em saúde, que a mensagem seja clara, compreensível, possível de ser recordada, consistente ao longo do tempo, credível e personalizada. A informação fornecida deve ser de acordo com as necessidades da pessoa no momento, adaptada às suas características individuais, nível cultural e cognitivo.

Neste contexto é importante a *intervenção da enfermagem de reabilitação* de modo a assegurar a qualidade de cuidados, envolvendo a pessoa a atingir um nível máximo de actividade, a reapreender e a redescobrir o seu novo papel na família, face á doença, respeitando as suas necessidades nos

aspectos físicos, psicológicos e psicossociais. O enfoque do cuidado “é o indivíduo e sua família, sendo necessário que estes aprendam novos métodos para atender as suas necessidades”(BELAND;PASSOS,1989,s/p). “O Indivíduo precisa reconhecer a importância das acções para que compreenda o processo, deve tornar-se participativo, sendo muito mais do que “alguém que precisa de cuidados” (BELAND;PASSOS, 1989,s/p) .

Hesbeen (2001) defende a importância do acompanhamento da pessoa no seu caminho. Porém a adesão e a participação só será conseguida se o caminho fizer sentido para quem o escolher percorrer.

Pender (2001) afirma que o enfermeiro pode contribuir para aumentar a habilidade para tomar decisões, para promover a competência para o autocuidado e no aumento da capacidade da pessoa para avaliar as suas necessidades de cuidados. A educação efectuada em cuidados hospitalares tem “como objectivo esclarecer a doença e efeitos da mesma(...) ensinar a adaptação a limitações ou a incapacidades impostas” (BRANCO,1995,s/p). Benner (2001) refere que a aprendizagem é mais significativa, na forma como o doente enfrenta a doença e mobiliza a sua energia.

Em contexto hospitalar estudos tem demonstrado que a educação dada ao doente durante o internamento contribuem para a melhoria do autocuidado (Lessa e al,2010). Assim procurando responder às necessidades da pessoa confrontada com a doença, internamento e alteração do autocuidado, torna-se essencial, em contexto hospitalar, na prática de enfermagem o desenvolvimento da educação para o conhecimento. É promotora de bem-estar e de ganhos em saúde para o indivíduo.

Phaneuf (2001) refere que o ensino à pessoa cuidada tem por objectivo enriquecer ou aprofundar os conhecimentos da pessoa sobre o estado de saúde e o tratamento da doença. Pode ajudar a lidar com a doença crónica e melhorar o bem-estar e auto-suficiência da pessoa.

Martje (2006) refere que o conhecimento por si só não assegura o cumprimento dos cuidados, a pessoa só consegue cumprir, quando possui um nível mínimo de conhecimento sobre a doença e cuidados para o controlo da IC.

As intervenções do enfermeiro pretendem melhorar o conhecimento e as capacidades da pessoa, de modo a influenciar as atitudes e o comportamento , para controlo da doença, envolvendo a

participação activa da pessoa, tomada de decisão fundamentada, promoção do autocuidado, num processo de adaptação e gestão de cuidados na doença.

A intervenção no âmbito do autocuidado relaciona-se com a avaliação da pessoa, o ensino /instrução e treino e a assistência á pessoa com necessidades de autocuidado, recorrendo a técnicas de realização do autocuidado e aos produtos de apoio. O ensino e treino do autocuidado permite á pessoa portadora de incapacidade adquirir competências para gerir ou eliminando potenciais limitações funcionais que vivenciam face a sua situação de doença.

O Enfermeiro é responsável por proporcionar à pessoa com IC as capacidades, a motivação, o conhecimento. Emerge uma parceria entre enfermeiro e pessoa, que integre a família, e co responsabilização e capacitação para a gestão da doença.

Neste contexto, a intervenção da ***Enfermagem de Reabilitação*** pretende assegurar a qualidade e continuidade de cuidados, promovendo a máxima independência. Para Hesbeen (2001), a reabilitação implica a prevenção de limitações funcionais decorrentes da doença. Inclui a existência de uma processo específico para cada pessoa, onde cada um aprende a lidar com o seu processo de reabilitação e ao mesmo tempo a ser interventivo; delineando e modificando o seu projecto de saúde

O enfermeiro de reabilitação, tem como missão promover intervenções preventivas, não só para assegurar as capacidades funcionais dos utentes, bem como, evitar mais incapacidades, prevenir complicações e defender o seu direito à qualidade de vida, à socialização e à dignidade. Assume o papel de educador, capacitador/ facilitador ,gestor de casos, conselheiro, defensor dos direitos dos utentes, perito e membro de equipa.

Delisa (1992) afirma que o enfermeiro de reabilitação avalia as condições de saúde do pessoa e ajuda a determinar metas a curto e longo prazo. Proporciona informações e mostra uma atitude de “consciência” em direcção à pessoa em desvantagem.

Os padrões de qualidade preconizam que na tomada de decisão, o enfermeiro identifique as necessidades de cuidados de enfermagem especializados da pessoa/família identificando problemas (reais ou potenciais) e prescreva as intervenções. Hoeman (2000) refere que seu modelo é baseado no desempenho de actividades de vida diária, ao longo do ciclo vital, num continuo dependência - independência. Podem ser consideradas actividades de vida diárias, todas as actividades que as

pessoas fazem no seu quotidiano durante as suas vidas no cumprimento dos seus papéis., com o objectivo de resolver ou minimizar os problemas identificados.

O enfermeiro intervém ao longo do ciclo vital, numa abordagem personalizada, tendo em conta o pólo de dependência – independência aos três níveis de prevenção. Ajuda a pessoa e família no seu processo adaptativo e de estratégias repercutindo-se na capacidade de validação e negociação, de modo a ocorrerem reformulações positivas no projecto de vida e de saúde, originando ganhos em saúde.

4. OPÇÃO METODOLÓGICA

A formulação do problema deve demonstrar “com ajuda de uma argumentação cerrada, que a exploração empírica da questão é pertinente e que esta é susceptível de contribuir para o avanço dos conhecimentos” (Fortin, 1999,s/p).

A pesquisa promove uma compreensão de uma realidade, cujo significado contribui para a produção de conhecimento. A pessoa que vivência uma situação de doença é confrontada com a necessidade de aprender a gerir um conjunto de situações novas, o que torna o hospital um local privilegiado para a educação do conhecimento e autocuidado sobre a doença. O aumento da prevalência das situações de doença crónica associada aos estilos de vida, induzem intervenções de educação terapêutica, estratégias de comunicação efectiva e motivação de forma a tornar a pessoa capaz de lidar activamente com a sua doença. Requer da pessoa percepção do seu estado de saúde, e se adaptar à nova situação, identificando problemas e soluções de forma a tomar decisões.

A educação para o conhecimento e autocuidado tem um papel crucial na manutenção e desenvolvimento da saúde do indivíduo. Uma das competências dos enfermeiros encontra-se no domínio da educação, no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente (OE,2003). Lopes (2006) refere que ao investigarmos a prática clínica dos enfermeiros estamos a promover o desenvolvimento da profissão na medida em que se abonam elementos que podem integrar o seu corpo de conhecimento. Neste contexto como Enfermeira de Reabilitação, num Serviço de Cardiologia, cuidando de pessoas que vivenciam doença crónica, como a IC, apercebemo-nos das necessidades das pessoas, em aprenderem a gerir o seu autocuidado, pelo que considero pertinente intervir na capacitação da pessoa ao nível do conhecimento sobre a doença com ganho relevante no autocuidado e na gestão da doença.

O estudo deste fenómeno assume relevada importância pela sua necessidade de compreender e reflectir sobre as práticas de enfermagem, para poder com o doente promover ganhos em saúde.

Neste âmbito surge o interesse em investigar a prática para promover a qualidade da prestação dos cuidados, formulando a questão de investigação:

- Como intervém o *enfermeiro*, na educação para o conhecimento e autocuidado *da pessoa com insuficiência cardíaca, em contexto hospitalar?*

Este estudo tem como *objectivo geral*

- Contribuir para a compreensão das intervenções de enfermagem desenvolvidas na prática dos cuidados, que visam a educação para o conhecimento e autocuidado *da pessoa com insuficiência cardíaca, em contexto hospitalar*.

Foram definidos como *Objectivos específicos*

- Analisar as intervenções que os enfermeiros organizam quando realizam a educação para o conhecimento e autocuidado
- Conhecer os aspectos que valorizam quando educam para o conhecimento e autocuidado
- Analisar as estratégias empregues na educação para o conhecimento e autocuidado
- Identificar factores que interferem na construção do conhecimento e autocuidado da pessoa com IC em contexto hospitalar
- Identificar estratégias facilitadoras na construção do conhecimento para o autocuidado da pessoa com IC em contexto hospitalar

4.1 Tipo de Estudo

De forma a compreender o fenómeno em estudo, conduziremos a pesquisa com inclusão dos comentários dos participantes. Remete-nos para uma metodologia qualitativa, que de acordo com Fortin (1999,s/p) “o investigador que utiliza o método de investigação qualitativa está preocupado com uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo.”

A Investigação qualitativa tenta compreender o “processo mediante o qual as pessoas constroem significados e descrevem em que consistem estes mesmos significados” (BOGDAN,R.1991,p.70). Os indivíduos são seleccionados para participar na investigação qualitativa de acordo com a sua experiencia ou fenómeno de interesse. Segundo Fernandes e Maia (2001) a metodologia qualitativa é utilizada em estudos que contextualizam o conhecimento, utilizando o próprio processo de construção de conhecimento como uma dimensão importante a considerar, em que a produção de conhecimento depende do sujeito conhecedor.

Os objectivos do investigador e a temática em questão determinam o caminho metodológico a seguir de forma a responder à questão de investigação. Ao investigarmos a prestação dos cuidados de enfermagem (intervenções e resultados dos cuidados) estamos a contribuir para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem (Basto e Magão 2001) .

“ A investigação em enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento desta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas em benefício dos utentes, famílias e comunidades” (OE,2006,s/p) .

Com este enquadramento, em termos do que se pretende investigar, desenvolvemos um estudo do tipo exploratório e descritivo, num único momento de avaliação, enquadrado na metodologia de análise de conteúdo.

De acordo com Fortin e al (1988), os estudos descritivos permitem aprofundar a natureza das variáveis, podendo os investigadores melhor orientar futuros estudos experimentais .Um estudo descritivo “ambiciona obter parâmetros inerentes ao estudo de uma população, não carece de formulação de hipóteses” (Vilelas,2009,p.121).

A escolha deste tipo de estudo foi definida em função do nível de conhecimentos que se obteve do fenómeno em estudo, através da experiência pessoal e profissional, da natureza do problema e da identificação de variáveis.Trata-se de um Estudo transversal quanto á dimensão temporal, pois é efectuado num dado período de tempo seleccionado.

4.2 Amostra

Nos estudos qualitativos interroga-se um número limitado de pessoas, pelo que a questão da representatividade, no sentido estatístico do termo, não se coloca (Albarelllo,e al,1997).

O Estudo decorreu num Serviço de Cardiologia de um Hospital Central, em Lisboa, com a participação de 9 enfermeiros, numa amostra seleccionada pela técnica da ***amostragem não probabilística, do tipo intencional***, cujo critério de selecção, engloba a experiência profissional, com um mínimo de 3 anos (níveis de competência proficiente e de perito) e enfermeiros que desempenham prestação direta de cuidados no referido serviço. A escolha dos participantes fez-se por meio de “critérios de selecção que asseguram uma relação Íntima dos participantes com a experiência que se quer descrever e analisar “ (Fortin, 2003,p.149).

Considera-se conhecedores do fenómeno, enfermeiros da prática de cuidados com experiência adquirida crescente, quando a pessoa testa e aperfeiçoar noções , hipóteses e expectativas baseadas em princípios e ou situações da sua prática (Benner,2001) A amostra foi obtida no referido serviço, no período compreendido entre 16 e 23 de Fevereiro de 2012.

Dado que o número de enfermeiros participantes é reduzido e as suas opiniões são únicas, os resultados obtidos no final do estudo só serão validos no seu contexto, não se pretendendo generalizar os resultados da investigação.

Relativamente ao **Género e classe etária**, verificámos que os enfermeiros da amostra são maioritariamente do sexo feminino: 8 (90%) , muito jovens, com idades compreendidas entre os 25 e os 30 anos, sendo a média de idades, 27 anos. Todos têm a Licenciatura de Enfermagem e um enfermeiro o mestrado.

O Tempo de exercício profissional para a maioria dos enfermeiros situa-se no intervalo dos 3-5 anos (70%) e 30% (3) entre 6-10 anos. *O tempo médio do exercício profissional no serviço actual* é maioritariamente também no intervalo de 3-5 anos , o que corresponde a 70% da amostra.

E Dado maior detalhe no Tratamento de Dados(p.41).

4.3 Instrumento de Colheita de dados

Para a realização do estudo e Método de Recolha de dados, foi elaborado um Questionário, sendo constituído por um conjunto de questões de Opinião, permitindo avaliar as intervenções de enfermagem desenvolvidas na prática de cuidados, que visem a educação para o conhecimento e autocuidado da pessoa com IC, em contexto hospitalar.

O questionário é constituído por 2 partes, com indicação de instruções sobre o seu preenchimento e garantia de total anonimato das respostas. Apresenta 3 questões fechadas (1ª parte) para permitir a caracterização da amostra sobre tempo de exercício profissional e tempo de exercício no serviço actual. A 2ª parte é constituída por 6 questões abertas, no sentido de se compreender as intervenções de enfermagem desenvolvidas.(Anexo III).

Para a construção das questões abertas procedeu-se a pesquisa bibliográfica, aos objectivos, questão de investigação e pertinência de estudo.

4.4 Pré-teste

Pré-teste é “ (...) a medida de uma variável efectuada nos sujeitos antes que seja aplicado o tratamento experimental” (FREIXO, 2009,p.282).

Previamente ao pré-teste procedeu-se à validação do instrumento de colheita de dados, utilizando a opinião da Professor Orientador e Enf^o Chefe do Serviço de Cardiologia ,que efectuaram sugestões de correcção no âmbito da redacção e inclusão.

O pré-teste foi aplicado, durante a 1^o semana de Fevereiro de 2012,a 2 enfermeiros do Serviço de Cardiologia com características semelhantes à amostra em estudo, não fazendo esta parte da referida amostra. Este pré-teste teve como finalidade verificar a adequabilidade do instrumento face ao estudo. Dada a compressão integral das questões não foram efetuadas alterações ao instrumento inicial.

4.5 Aplicação do Instrumento

Previamente à recolha dos dados, através da aplicação do instrumento, foi solicitado ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Lisboa Central, o pedido de autorização para a realização do estudo, a 24 Janeiro de 2012,tendo sido oficialmente autorizado a 27/01/2012. (Anexo I, Anexo II). À Enfermeira Chefe do Serviço foi entregue documento com projecto de Dissertação e solicitada a sua autorização para aplicação do referido instrumento aos enfermeiros.

Os enfermeiros foram informados sobre o objetivo do estudo e a importância da sua participação, antes da aplicação de cada questionário, pelo enfermeiro investigador.

Foi solicitado a cada enfermeiro a sua autorização para o referido Questionário, cujo tempo estimado de preenchimento é de 15-20 minutos, sendo assegurado o anonimato e a confidencialidade dos dados.

4.6 Questões Éticas

Na investigação qualitativa, os assuntos relacionados com o consentimento informado, confidencialidade, anonimato, obtenção de dados, implicam considerações éticas (Streubert e Carpenter,2002).

Esta investigação baseou-se nos 3 princípios éticos que norteiam as pesquisas que envolvem seres humanos, defendidos por Hulley (2008): princípio do respeito, beneficência e justiça. O princípio do respeito à pessoa, exige que o investigador explique a natureza do projecto, seus procedimentos, proteja os participantes, mantenha a confidencialidade e obtenha o consentimento informado.

O *consentimento informado* significa que “os participantes possuem informação adequada referente a investigação, são capazes de compreender a informação, tem a capacidade de escolher livremente, capacitando-os consentir a participação na investigação” (CARPENTER,2002,p.39).

Os *princípios de beneficência e justiça* aplicam-se no sentido de assegurar confidencialidade e anonimato aos participantes do estudo. “uma promessa de confidencialidade ao participante é uma garantia de que a informação que o informante forneça não será publicamente divulgada nem acessível a parte não envolvidas na investigação”(CARPENTER,2002,p.43) È essencial que “os investigadores e os participantes discutam e clarifiquem a sua compreensão da investigação” (CARPENTER,2002,p.41).

No âmbito da ética relativa à investigação, assegurou-se que os enfermeiros, aderissem voluntariamente ao projecto de investigação, cientes da natureza do estudo, tendo sido,contudo afirmada a possibilidade dos sujeitos quererem (a qualquer momento) deixar de participar no estudo. Para concretizar e assegurar os aspectos éticos foi elaborado um pedido de autorização à instituição para participação dos profissionais, com o compromisso da confidencialidade dos dados. Segundo Fortin (1999) os direitos das pessoas devem ser absolutamente protegidos dos protocolos de investigação, como o direito a autodeterminação, ao anonimato e à confidencialidade.

5. APRESENTAÇÃO E TRATAMENTO DE DADOS

No Tratamento de dados, os resultados obtidos dos questionários, foram analisados, de acordo com os procedimentos de análise de conteúdo definido pelo autor Bardin(2009). A análise de conteúdo procura identificar o significado das palavras, sobre as quais se faz a sua análise.”A análise é a ligação entre o investigador e os dados(...) revela-se pela capacidade do investigador dar nome às categorias, fazer comparações e extrair um integrado esquema, a partir de grandes quantidades de dados desorganizados” (BARDIN,1991,s/p). Toda a informação obtida será submetida, tendo por base as 5 fases da análise de conteúdo, segundo Bardin(2009): pré análise, exploração do material, tratamento dos dados, inferência e interpretação, relativo às opiniões dos enfermeiros que constituem a amostra.

Esta fase prevê, segundo Fortin (1999) a recolha de dados no terreno, seguida da organização e tratamento de dados. Neste capítulo analisam-se as respostas dadas pelos enfermeiros, às questões e interpretação dos resultados. A seleção dos enfermeiros participantes baseou-se na preocupação em obter uma descrição rica e densa do fenómeno a partir da sua potencial riqueza de informação, tendo em conta a sua experiencia acerca do fenómeno em interesse. Acederam participar no estudo e mostraram satisfação pelo seu contributo para reflexão da prática de cuidados. Partilhando a perspectiva de Carpenter (2002) , o investigador deve estabelecer harmonia e padrões de confiança com os participantes, de forma a compreender os significados da vida destes, pelas opiniões emitidas.

5.1 Apresentação e Discussão dos Resultados da Analise

Os resultados emergiram da aplicação do Instrumento de colheita de dados – Questionário, aplicado a 9 enfermeiros, composta por 6 questões abertas. Neste estudo as categorias foram (pré)definidas a partir de cada questão, contida no instrumento. Este procedimento de categorização esta fundamentado na técnica de análise de conteúdo, proposto por Bardin (2009). As categorias e subcategorias foram codificadas e ordenadas. A codificação é o processo pelo qual os dados são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo (Bardin,2009,p.97).

Cada categoria é enquadrada por unidades de registo, sendo estas sintetizadas pelas respectivas unidades de contexto. Estas são constituídas de extratos de texto como resultado da transcrição das questões aos enfermeiros.

A unidade de registo” é a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento do conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e contagem (unidades de enumeração)”(BARDIN,2009,p.98).

No tratamento dos dados, que segundo Bardin (2009) contempla a interpretação dos mesmos, procurou-se uma compreensão dos dados , tendo em conta os objetivos iniciais do estudo, para que os resultados fossem significativos e válidos.

Na apresentação dos quadros seguintes, é denominado de enfermeiro participante, a letra P, sendo seguido de um número, que indica cronologicamente as respostas dos nove (9) enfermeiros do estudo. (Ex:P1;P2;P3....P9). Obteve-se um total de 177 unidades de enumeração, distribuídas por vinte e quatro(24)subcategorias, após análise qualitativa, das respostas às questões.

QUADRO Nº1 -Distribuição das Unidades relativas ao papel do Enfermeiro Educador

(Categoria: Enfermeiro Educador)

UNIDADES DE REGISTO De Significação	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Transmissão de Conhecimentos	“...permite ao doente a aquisição de conhecimento para adoptar, valorizar e alcançar comportamentos e atitudes para obter melhoria do seu estado de saúde e qualidade de vida” P2 ;P3;P4;P5	4
	“é essencial a transmissão de conhecimentos” (P1); P2;P3;P9	4
	“...e partilha de informação” P2“	1
	“..agente de mudança e interactivo com o paciente..”(P9)	1
	“..conduzindo a informação necessária..para o autocuidado” (P2	1
	“no ensino ao doente, procurar capacitar e responsabilizar pelo seu papel principal na recuperação”(P4)	1
	“ajudar o utente a alcançar o máximo potencial de saúde através das praticas de promoção de saúde e prevenção da doença, ao longo dos 3 níveis de prevenção (P5)	1
SUB-TOTAL		13
Motivação	“..motiva o doente a desenvolver hábitos de vida saudáveis..” (P1)	1

Disponibilidade	“é o enfermeiro que acompanha o doente durante todo o seu internamento” (P1)	1
	“o enfermeiro tem como mais valioso a sua presença permanente junto da pessoa, alvo de cuidados..” (P7)	1
	“..tem um posição privilegiada de proximidade com o paciente..”(P9)	1
SUB-TOTAL		3
Avaliação das necessidades	“..ocorre de forma continua onde se detecta quais a s necessidades, suas capacidades e ritmo de aprendizagem”(P3)	1
	“..O enfermeiro é o elemento da equipa de saúde que melhor conhece o doente,que passa mais tempo junto dele.. conhece melhor as necessidades em termos de conhecimento..”(P7)	1
	“..procura colmatar as suas necessidades .durante todo o período de internamento.”(P1)	1
SUB-TOTAL		3
Inclusão da família	“ procura envolver sempre a família e o cuidador informal para se obter melhores resultados após avaliação”(P3)	1
Promoção da Autonomia	“..criar oportunidades, respeitando as decisões e os ritmos de aprendizagem do utente e pessoa de referencia.”(P5)	1
	“..Contribuir para independência do doente e cuidador face à Insuficiencia Cardiaca..”(P6)	1
SUB-TOTAL		2
Responsabilização	“ ..aumentar nos doentes o seu conhecimento, promovendo a responsabilidade pela sua situação de doença..”(P8)	1
TOTAL		24

Pela Observação do Quadro nº1, verificou-se 24 unidades de enumeração totais, relacionado com a representatividade e relevância do papel de *enfermeiro como agente educador*, tendo sido divididas em 7 unidades de registo (Subcategorias),sendo a mais referenciada a ***Transmissão de conhecimentos***, com 13 unidades de enumeração.

“é essencial a transmissão de conhecimentos..” “..A aquisição de conhecimento para adoptar, valorizar e alcançar comportamentos e atitudes para obter melhoria do estado de saúde e qualidade de vida”, constituem as respostas mais referenciadas por 4 enfermeiros (44% da amostra).

Padilha (2006) refere que a transmissão de conhecimentos assume especial relevância e deve ser adequada às necessidades identificadas, às competências cognitivas e instrumentais da pessoa doente e família. Neste contexto emerge o papel educador, centrado na promoção do bem estar e autocuidado, na readaptação funcional e na organização dos cuidados de enfermagem (OE,2003).

A educação do doente inclui uma variedade de actividades que tem como objectivo “esclarecer sobre a doença e efeitos da mesma.(.)ensinar a adaptar-se a limitações e ou incapacidades impostas (BRANCO,1995,p.22).

Greene (1988) menciona que o educador selecciona os objectivos, promove e conduz as actividades de aprendizagem, para aumentar os conhecimentos, promover habilidades e influenciar atitudes.

O enfermeiro deve assegurar uma abordagem coerente com as vivências da pessoa/família, de modo a se sentirem respeitados e participativos nas acções de melhoria da sua qualidade de vida.

Collière (1989) afirma que o processo de cuidados de enfermagem só tem razão de ser, fundamentado nas vivências da pessoa, tendo em conta a sua doença ou limitações decorrentes. Pelo que faz parte das estratégias adoptadas pelos enfermeiros, no seu papel de educador a **avaliação das necessidades de conhecimento** do doente, para direccionar o ensino, sendo esta subcategoria pontuada com 3 unidades de enumeração, como é evidenciado no depoimento:

“..o enfermeiro é o elemento da equipa de saúde que melhor conhece o doente, que passa mais tempo junto dele.. conhece melhor as necessidades em termos de conhecimento”

Neste âmbito Cabanas (2002) refere que necessitamos de conhecer a pessoa que vamos educar e as suas necessidades de educação e limitação que apresenta, sendo estas informações determinantes no processo de educação. A **disponibilidade** é uma subcategoria enfatizada por 3 enfermeiros participantes (33% da amostra).

“o enfermeiro tem como mais valioso a sua presença permanente junto da pessoa, alvo de cuidados..”

Hesbeen (2000) relata que existe disponibilidade quando o prestador mostra que está ali, como alguém próximo que utiliza a palavra, o sorriso, o olhar adequado, comporta uma atenção e uma escuta serena. Outra subcategoria valorizada pelo enfermeiro participante foi a motivação.

A **motivação** na situação de aprendizagem envolve a vontade da pessoa para aprender (Redman,2003). Neste âmbito Orem (1995) defende que a presença da enfermeira e as suas palavras de encorajamento e autoconfiança podem levar a pessoa a iniciar ou preservar na execução de uma tarefa ou a tomar uma decisão. Emerge a função de educar, que segundo OREM(1995,p.19) é um método válido para ajudar a pessoa que necessita de formação para desenvolver conhecimento ou uma habilidade particular. Pretende-se que o conhecimento deva “libertar da dependência em

relação ao outro e permitir a evolução em direção à autonomia e auto-responsabilização” (Phaneuf, 2001, p. 402), sendo evidenciado nas subcategorias **autonomia e responsabilização**.

“..contribuir para independência do doente e cuidador face à Insuficiência Cardíaca..” “..aumentar nos doentes o seu conhecimento, promovendo a responsabilidade pela sua situação de doença..”

Relativamente à subcategoria **inclusão da família**, os enfermeiros referem o envolvimento da família como sendo positiva confirmada pela narração:

“..envolver sempre a família e o cuidador informal para se obter melhores resultados após avaliação..”

Para Phaneuf (2001) os valores vindos da família influenciam a aprendizagem e as percepções da pessoa acerca da doença.

QUADRO Nº2 - Distribuição das Unidades relativas à Organização das Intervenções de Enfermagem no âmbito da educação para o conhecimento e autocuidado à pessoa com IC

(Categoria: Organização das Intervenções de Enfermagem)

UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Avaliação (Necessidades identificadas)	“..Avalio previamente o conhecimento da pessoa com IC “. P2 P3	2
	“..é necessário avaliar os conhecimentos e necessidades do doente..” P1 P3	2
	“..perceber as necessidades de aprendizagem do doente..as barreiras e os recursos” P4; P5	2
	“organizam-se segundo um raciocínio baseado no processo de enfermagem..”P7	1
	“..Realizo colheita de dados, tentando perceber o que o doente já sabe..” P7	1
SUB-TOTAL		8
Planeamento	“..planeio as minhas intervenções, como vou fazer o ensino e em que áreas do conhecimento vou incidir..”P4	1
	“..Cria-se um plano de intervenções a envolver o doente..” P3	1
	“..O doente e família são parceiros, precisando de ser envolvidos activamente no plano de cuidados..” P4“	1
	..o doente deve ser compreendido como ser individualizado, com capacidade de tomar decisões e de assumir responsabilidade pela sua doença..”P4	1
	“..Planeio as estratégias mais adequadas a implementar, tendo em conta a capacidade de aprendizagem da pessoa..”P7	1
SUB-TOTAL		5

Intervenção	Informação	“..A actuação do enfermeiro tem de considerar o nível de instrução e a capacidade de aprendizagem de cada doente..” P1; P3;P4	3
		“..ajusto informação dando espaço para a reflexão e colocação de duvidas..”(P2)	1
		“...Ajudar o doente a participar activamente no seu processo..” P4	1
	SUB-TOTAL		5
	Transmissão de conhecimento	“..promova o autocuidado com competência e confiança..”P4	1
		“..sobre a importância de reconhecer sinais e sintomas da IC.e o progresso da doença na pessoa individualmente.”P4	1
		“..tornar a patologia e a sintomatologia mais compreensíveis para o doente, facilitando a adaptação da pessoa á doença crónica..”P4	1
		“..Incentivar a promover a participação do utente no processo de aprendizagem..” P5	1
		“..através de um ensino individualizado ou em sessões de grupo..” P4, P9	2
		“..explicar o que a doença, sintomatologia, alimentação, actividade física e terapêutica..” P6	1
		“..aproveitando as oportunidades em que o paciente está mais disponível para nos ouvir..para prender..” P9	1
	SUB-TOTAL		8
	Envolvimento da família	“..Envolve a família prestador de cuidados..” P2 ;P3;P5;P8	4
	Validação	“..E fundamental uma avaliação continua das necessidades e objectivos do doente ..”P4	1
	TOTAL		31

Da observação do Quadro nº2 verifica-se 31 unidades de enumeração total relacionada com a **organização das intervenções de enfermagem** no âmbito da educação do doente com IC. Foram divididas em 4 unidades de registo, sendo a subcategoria **avaliação e Intervenção**, as mais referenciadas pelo enfermeiro com 8 unidades de enumeração.

A **avaliação** é fulcral para determinar as necessidades de conhecimentos da pessoa e os factores susceptíveis de influenciar a aprendizagem, Segundo a CIPE (2001, p.134) avaliar é “uma acção de determinar com as características específicas: processo contínuo de medir o progresso ou extensão em que os objectivos estabelecidos foram atingidos”. Concomitantemente, Redman (2003) refere que a avaliação ocorre continuamente durante o ensino, sendo utilizada para reorientar as actividades.

“..é necessário avaliar os conhecimentos e necessidades do doente..” “..perceber as necessidades de aprendizagem do doente..as barreiras e os recursos..”

Phaneuf (2001, p.409) refere que a enfermeira “avalia o que a pessoa reteve do ensino e o que ela é capaz de fazer na sequência deste”. Refere que a **planificação dos cuidados** consiste em estabelecer um plano de acção, prever as etapas da sua realização..

De acordo com Dean-Baar (2000, p.151) *planear a experiência de aprendizagem* implica desenvolver finalidades e objectivos, identificar recursos, desenvolver conteúdos, identificar actividades de aprendizagem e planear a avaliação

O *Planeamento das intervenções*, quer seja escrito, quer seja mental, é o ponto de partida para a implementação do ensino

“..planeio as minhas intervenções, como vou fazer o ensino e em que áreas do conhecimento vou incidir. “..Planeio as estratégias mais adequadas a implementar, tendo em conta a capacidade de aprendizagem da pessoa.”

Da subcategoria *Intervenção*, mencionada pelos enfermeiros emerge uma outra subcategoria *informação*, sendo que “informar é cumprir um dever do código deontológico” (OE,2003,p.71).No respeito pelo direito à autodeterminação, assume o enfermeiro o dever de: informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem, existindo a necessidade de definir o conceito informar “é uma acção com as características específicas: comunicar alguma coisa a alguém”(CIPE, 2006,p.136).

Orem (1995) refere que uma das formas de ajudar é de agir ou fazer por, o que supõe que quem ajuda deve desenvolver habilidades de forma a adquirir resultados específicos, sendo necessário informar o que está a ser feito e o que esperar. A afirmação seguinte é demonstrativa da importância dada pelos enfermeiros :

“..ajusto informação dando espaço para a reflexão..”

“..A actuação do enfermeiro tem de considerar o nível de instrução e a capacidade de aprendizagem de cada doente..”

Por seu lado, Padilha (2006) diz que a *transmissão da informação* assume especial relevância e deve ser adequada quer às necessidades identificadas, quer às competências cognitivas e instrumentais da pessoa doente e família ou cuidador informal. Consideramos que os enfermeiros transmitem conhecimentos explícitos, embora fortemente influenciados pelo conhecimento tácito adquirido, através da sua formação e da sua experiência profissional. Novak (2000) refere que o conhecimento pode ser considerado como *tácito* e *explícito*: o conhecimento *tácito* pode ser considerado como subjectivo, é construído ao longo da vida e está fortemente ligado às crenças sendo difícil de ser explicado. O *conhecimento explícito* é considerado objectivo e consegue ser facilmente demonstrado ou explicado. Desta forma, e de acordo com a subcategoria *Intervenção*, emerge uma outra, a *Transmissão de conhecimentos*, em que os enfermeiros procuraram

estratégias para se adaptar à pessoa doente e garantir que a informação fosse transmitida e entendida, como é evidenciado nas frases :

“..tornar a patologia e a sintomatologia mais compreensíveis para o doente, facilitando a adaptação da pessoa á doença crónica”.

“...Incentivar a promover a participação do utente no processo de aprendizagem..”

**QUADRO Nº3 Distribuição das Unidades relativas ao Método de Trabalho de Enfermagem
(Categoria: Método de Trabalho)**

UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Enfermeiro Responsável	“poder acompanhar a evolução clínica do doente..” P1	1
	“..Compreender se as acções do enfermeiro dão resposta às necessidades do doente..”P1	1
	“..Permite que a pessoa receba cuidados individualizados, nos quais participa activamente..”P2	1
	“..Contribui para a continuidade de cuidados..” P6; P8;P9	3
	“..Contribui para percepção dos conhecimentos adquiridos por parte do doente.”P6; P8	2
	“..Contribui para uma melhor aprendizagem, um melhor acompanhamento da pessoa doente..”P3; P5; P9	3
	“..Conhecimento do progresso de aprendizagem..”P3	1
	Os conteúdos transmitidos deverão ser constantes e complementares, privilegiando a continuidade de cuidados, de forma a garantir melhor adesão ao regime terapêutico..” P4	1
	“..Preconiza interacção directa e constante com a pessoa/enfermeiro responsável..”P7	1
SUB-TOTAL		14
Relação de ajuda	“..Valorizando os conhecimentos da pessoa,das suas vivências..” P4	1
	“..Relação de verdadeira parceria..” P4	1
	“..Reforço da relação de confiança entre utente/família e enfermeiro responsável através de um processo de aprendizagem, crescimento e desenvolvimento acompanhado..”P5	1
	“ aumenta o clima de confiança com o doente..” P8	1

SUB-TOTAL		4
Em equipa	“..Vantajoso..é possível reunir pequenas...parcelas de conhecimento e informação..” P7	1
TOTAL		19

Do quadro nº3 verifica-se 19 unidades de enumeração total relativa ao **Método de Trabalho de enfermagem**, tendo sido subdividido em 3 unidades de registo (subcategorias),sendo o mais referenciado o método de **enfermeiro responsável** com 14 unidades de enumeração :

“contribui para continuidade de cuidados”...”para uma melhor aprendizagem, um melhor acompanhamento da pessoa doente “

A pessoa doente constitui o principal foco de atenção do enfermeiro. O método de trabalho, foi referenciado como algo que contribui para a continuidade de cuidados, permitindo desta forma um acompanhamento da pessoa doente e um conhecimento dos seus progressos de aprendizagem.

Constata-se que os enfermeiros consideraram a metodologia de trabalho por enfermeiro responsável, fator facilitador da educação para o conhecimento e autocuidado.

QUADRO Nº 4- Distribuição das Unidades relativas aos Fatores que interferem no processo de educação para o conhecimento e autocuidado

(Categoria : Condições intervenientes no processo de educação para o conhecimento e autocuidado na pessoa com IC)

UNIDADES DE REGISTO	Subcategorias	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Pessoa cuidada (doente)	Motivação	“..Um dos principais factores é a predisposição do doente, motivação para aprender e a sua capacidade de aprendizagem de tudo o que é transmitido.” P1; P2;P3;P4; P5; P6	6
	Estado de saúde/doença	..a fadiga, a dor, ansiedade ,medo, incapacidade de gerir a doença e do regime medicamentoso que podem contribuir de forma negativa em todo o processo de aprendizagem..” P3; P4 ; P5; P7;P8	5
		“aceitação da IC como doença crónica..” P6	1
	Escuta	“..Disponibilidade..capacidade de escuta..”P2; P3“	2

	Aptidão para aprender	“...idade, capacidade cognitiva, nível de instrução..”,P2; P3; P6; P7	4
		“..a memória, o grau de compreensão..”P3	1
		“..a aferição de que a mensagem transmitida foi compreendida é fundamental neste âmbito da educação para o conhecimento P1; P3	2
	Nível socioeconómico	“..Existem diversos fatores que interferem neste processo nomeadamente factores sociais, e económicos (pobreza, baixo status socio-económico, desemprego, elevado custo da medicação..” P4; P5; P6	3
	SUB-TOTAL		24
Família ou cuidador informal		“..A colaboração e presença da família pode contribuir positivamente para reforçar a transmissão de conhecimentos dados pelo enfermeiro..” P3	1
		“..capacidade de adaptação ..situação socio económica..” P2; P3	2
SUB-TOTAL			3
Enfermeiro	Conhecimento	“que o enfermeiro saiba utilizar, os recursos ,capacidades dos utentes/família para o processo de educação..” P5	1
		“ a capacidade do enfermeiro de adaptar a sua forma de comunicar ao conhecimento da pessoa e o ambiente onde a interacção se desenvolve tem influencia no processo de educação..” P7	1
	Disponibilidade	“a disponibilidade do enfermeiro com elemento impulsionador do processo de aprendizagem do doente..” P1; P6	2
	Registos	“..A presença de registos de enfermagem facilita a continuidade dos cuidados ao doente e família no âmbito da educação..”P3	1
	Falta de recursos humanos	“ Incapacidade de tempo para avaliar o grau de adesão do doente..”P4	1
		“..Tem de existir tempo para validar com o paciente o que aprendeu, o que dado o ratio enfermeiro /doente presente nem sempre o possibilita..” P8;P9	2

SUB-TOTAL			8
Ambiente	Falta de Privacidade	“..Presença de outros doentes ou profissionais de saúde na enfermaria..” P2	1
		“..Falta de privacidade para falar com o doente e cuidador..”P2; P3; P6	3
		“..Não existe no serviço um espaço físico para o ensino individualizado ..” P9	1
	Ruido	“..ruido..” P2; P3	2
SUB-TOTAL			7
TOTAL			42

Relativamente ao quadro nº4 verificaram-se 42, as unidades de enumeração totais, no âmbito dos *factores que interferem no processo de educação*, tendo sido dividido em Subcategorias (9). Face á *pessoa cuidada*, é a *motivação e a aptidão para aprender*, os fatores mais referenciados com 6 unidades de enumeração, pelos enfermeiros.

“...idade, capacidade cognitiva, nível de instrução..” “a memória, o grau de compreensão..”

A *aptidão para aprender* é referenciada associada à capacidade cognitiva, defendida por Dean-Baar (2000) ,em que afirma que o educando tem de ter capacidade cognitiva para compreender a relação entre a aprendizagem e o futuro bem-estar.

Bento e Salgado (2001, p.86) referem que a aprendizagem está relacionada com os objectivos individuais num dado momento e com a percepção da pessoa acerca do significado da importância da aprendizagem para atingir esses mesmos objectivos . O *estado de saúde doença* é uma condição interveniente que pode condicionar a capacidade de aprendizagem da pessoa doente. O enfermeiro tem de ter em conta o percurso da doença e o diagnóstico médico (IC)

“a fadiga, a dor, ansiedade ,medo, incapacidade de gerir a doença e do regime medicamentoso que podem contribuir de forma negativa em todo o processo de aprendizagem..”

De acordo com os enfermeiros (3) inquiridos o *nível socioeconómico* interfere também na capacidade que a pessoa tem para desenvolver o processo de educação para o conhecimento e autocuidado como é retratada no extrato que se segue

“..Existem diversos fatores que interferem neste processo nomeadamente factores sociais, e económicos (pobreza, baixo status socio-ecomico, desemprego, elevado custo da medicação..”

O **conhecimento da família** pode influenciar a educação para o conhecimento e autocuidado. Segundo Dean-Baar (2000, p.149) a enfermeira que informa sobre a doença ou incapacidade, sobre os processos de recuperação e aprendizagem, reforça as tentativas de participação dos membros da família. Segundo o mesmo autor uma família que compreende e conhece a doença, tem maior probabilidade de aumentar o seu comportamento de suporte. Os enfermeiros participantes defendem que a família, pode reforçar a transmissão de conhecimentos

“A colaboração e presença da família pode contribuir positivamente para reforçar a transmissão de conhecimentos dados pelo enfermeiro..”

A subcategoria **enfermeiro** foi construída, relativamente aos vários aspectos que os enfermeiros do estudo consideraram sobre a forma como eles intervinham na educação para o conhecimento e autocuidado, os quais subdividimos em 4 outras subcategorias (conhecimento, disponibilidade, registos, falta de recursos humanos), com a evidência da resposta mais referenciada, a **disponibilidade do enfermeiro**, verificando-se 8 unidades de enumeração. Para Dean-Baar (2000) o profissional de enfermagem tem a responsabilidade de manter actualizados os seus conhecimentos para prestar cuidados eficazes. A capacidade para comunicar emerge pela necessidade de os enfermeiros transmitirem a mensagem de forma clara e adequada à pessoa doente (Phaneuf, 2001).

“ a capacidade do enfermeiro de adaptar a sua forma de comunicar ao conhecimento da pessoa e o ambiente onde a interacção se desenvolve tem influencia no processo de educação..”

Phaneuf, 2001) menciona os factores que podem influenciar a aprendizagem como, o grau de compreensão da língua utilizada pelo enfermeiro; a disposição da pessoa e a sua motivação para aprender; as suas capacidades cognitivas, ritmo de aprendizagem; o seu estado físico, cansaço, estatuto económico.

A **disponibilidade** do enfermeiro é a subcategoria com evidencia da resposta mais referenciada pela maioria dos enfermeiros participantes.

Phaneuf (2005) refere que quando a enfermeira está com uma pessoa doente, é preciso estar inteiramente com ela, mesmo que seja por um curto espaço de tempo, pois assim será mais proveitoso. Ideia reforçada por Orem (1995) quando afirma que a comunicação entre o enfermeiro e

o utente pode não ser só através de palavras, pode transmitir suporte através da sua presença, através de um olhar ou de um toque.

A *atitude* é definida por Hesbeen (2000) como o aspecto integrante do tecer laços de confiança onde o prestador é alguém próximo que utiliza a palavra, o sorriso, o olhar adequados e personalizados.

Os enfermeiros do estudo mencionaram que os **registos de enfermagem** promovem a educação para o conhecimento e autocuidado da pessoa com doença

”..A presença de registos de enfermagem facilita a continuidade dos cuidados ao doente e família no âmbito da educação.”

Ideia reforçada por Branco (1995) referindo que a ausência de registos educativos são factores que dificultam as práticas educativas no contexto hospitalar.

Da Subcategoria **Ambiente** emergiram o **ruido** e a **falta de privacidade** com o maior numero de unidades de enumeração (5),constituindo factores não facilitadores para a educação do doente.

” Falta de privacidade para falar com o doente e cuidador..”, “..ruido..”

Relativamente à privacidade os enfermeiros consideram-na como um factor importante quando efetuam a educação para o conhecimento e autocuidado, referem que procuram essa privacidade em enfermarias que não tenham doentes, relatam ainda que o espaço físico no serviço do estudo, não contribui para a privacidade. Dean-Baar (2000) refere o ambiente físico como um dos sete elementos na conceção das experiências da aprendizagem. Para este mesmo autor o processo ensino-aprendizagem pode ter lugar em qualquer local; porém as distrações devem ser limitadas pois diminuem a capacidade de concentração, este deve desenrolar-se numa área fechada sobre si própria e que limite a presença de outros clientes, visitas ou pessoal.

QUADRO N°5 – Distribuição das Unidades relativas às Estratégias utilizadas pelos enfermeiros no âmbito da educação para o conhecimento e autocuidado
(Categoria: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros)

UNIDADES DE REGISTO	Subcategorias	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Avaliação	Conhecimento (Inicialmente e	“..avaliar o grau de conhecimento do doente antes de qualquer intervenção..” P1; P2; P5; P6; P7; P8	6
		“..A avaliação inicial dos conhecimentos do doente geram um plano de intervenções personalizado e dirigido ao doente..” P3; P5,P6	3

	Periodicamente	“Ao longo do processo educativo , no internamento, a avaliação ocorre continuamente de forma a reorientar as intervenções de enfermagem..”P3	1
	Registos	“A consulta de registos de enfermagem e a passagem de turno, promovem a continuidade do processo educativo..” P3	1
	SUB-TOTAL		11
Planeamento	Mentalmente	“..As sessões de educação são realizadas individualmente e em grupo..”P4; P5; P7	3
Implementação	Informar	“..Informar o doente de que forma se manifesta e caracteriza a sua doença..” P1	1
		“..Potenciar os momentos de cuidado directo para fazer ensino..” P9	1
		“..Informando com adequação do tom de voz e linguagem..” P2, P3; P6; P7; P8	5
		“..Fornecer informação organizada, promovendo tempo de reflexão e participação da pessoa..” P2; P3; P4; P7	4
		“..Adequação de plano de cuidados às necessidades individuais, envolvendo a família.”P2;P4; P5	3
	Motivar (gestão da dca)	“..a necessidade de cumprir o regime medicamentoso e quais os benefícios que podem advir do seu total empenho no estabelecimento de hábitos de vida adequados..P2	1
		“ ..envolvendo suporte familiar na sessão de educação individual e em grupo..” P2; P3; P5;P7	4
	Demonstrar	“..O enfermeiro pode ajudar a pessoa no treino de competências praticas com vista ao autocuidado..”P7	1
	Reforço do ensino	“..promover a repetição da informação” P3	1
		“..Reforçar conhecimentos face á doença..” P6	1
		“com entrega de informação educativa escrita (folhetos informativos) ao doente e familia..”P2; P3; P4; P7	4

		“..Outra estratégia utilizada é o seguimento do doente em consulta de enfermagem Follow up (pós alta) via telefonica..” P4	1
	SUB-TOTAL		27
TOTAL			41

Realizando uma análise do quadro nº5 , no âmbito das estratégias utilizadas pelos enfermeiros, verifica-se 41 unidades de enumeração totais, em que a unidade de registo (subcategoria) **Implementação**, obteve a maior pontuação com 27 unidades de enumeração, seguido da **Avaliação** com 11. A subcategoria Avaliação é constituída por 2 subcategorias **Conhecimento e Registos**.

Os enfermeiros participantes consideram a **avaliação do conhecimento**, a estratégia mais pontuada (10) .A avaliação do conhecimento que a pessoa doente detém é importante porque desta dependem os conhecimentos a transmitir assim como, a melhor forma de o efectuar.

Phaneuf (2001) e Orem (1995) são de opinião que antes de recolher dados para avaliar as necessidades de conhecimentos, devemos identificar o que a pessoa já conhece, visto que a educação exige um trabalho cuidadoso onde o ponto de partida deve ser o que a pessoa doente sabe e não o que não sabe, como podemos constatar no testemunho seguinte:

“..avaliar o grau de conhecimento do doente antes de qualquer intervenção..”

“..A avaliação inicial dos conhecimentos do doente geram um plano de intervenções personalizado e dirigido ao doente..”

O enfermeiro refere ainda a necessidade de conhecer o doente, e a sua capacidade de se expressar. Orem (1995, p.19). cita que a enfermeira deve considerar a experiência do utente, o estilo de vida e os hábitos da vida diária, modos de percepção e pensamento.

Assim, podemos concluir que a **avaliação** é fulcral para determinar as necessidades de conhecimentos da pessoa e os factores susceptíveis de influenciar a aprendizagem, para antever a necessidade de reforço, ou determinar a transição para uma nova etapa.

A subcategoria **Implementação** é composta por 4 subcategorias; **Informar, Motivar, Demonstrar, Reforço do ensino**, tendo-se verificado a estratégia mais pontuada o **Informar**

“..Fornecer informação organizada, promovendo tempo de reflexão e participação da pessoa..”.. “ com adequação do tom de voz e linguagem....”

Padilha (2006) refere que existe uma necessidade de adequar a informação fornecida aos factores intrínsecos da pessoa doente e prestador de cuidados.

Bento e Salgado (2001) referem a importância de conhecer as *motivações* e o projecto de vida para iniciar a aprendizagem. Segundo Dean-Baar (2000) o aprender, é a capacidade de usar a energia e focar a atenção com uma dada finalidade, no qual a pessoa deve estar fisiologicamente capaz para participar, os objectivos devem ser relevantes para as suas necessidades, e devem promoverem a participação da pessoa doente. **Demonstrar** é considerada “uma acção de executar com as características específicas: mostrar publicamente um comportamento observável”(CIPE,2006, p.142). A subcategoria **Demonstrar** foi considerada a estratégia menos pontuada no estudo,o que podemos inferir para a sua sobrevalorização no contexto da educação, o que não vai de encontro ao referido por Redman (2003) a demonstração é o método mais adequado para a aquisição de habilidades psicomotoras e respectiva prática. Esta estratégia visa promover de forma clara a habilidade motora das pessoas que necessitam de praticar, sendo esta prática orientada e supervisionada pelo enfermeiro de forma a corrigir o necessário e incentivar o progresso.

QUADRO N°6- Distribuição das Unidades relativas à avaliação do enfermeiro, no âmbito do conhecimento e autocuidado, após intervenção educacional

(Categoria: avaliação do enfermeiro após intervenção educacional á pessoa com IC)

UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Avaliação do conhecimento	“..A avaliação é um factor bastante importante ao longo de todo o processo educativo do doente com IC..” P3	1
	“..É necessário obter o feedback do doente acerca de tudo o que foi transmitido..” P1;P6	2
	“..Avalio o conhecimento e autocuidado da pessoa com IC, através da comparação da avaliação feita inicialmente.” P2;P7; P8;P9	4
	“..Apos intervenção educacional Incentivo o doente a demonstrar o que aprendeu. , proporcionando esclarecimentos de duvidas..” P2; P3;P4;P5;P6;P7;P9	7
	“.. Repetir informação que não foi percecionada pelo doente.”P1;P6	2

	“..Para evitar o esquecimento dos conhecimentos transmitidos é essencial a entrega de informação adicional (folhetos)..”P1; P2	2
SUB-TOTAL		18
Participação	“..Em todo o processo educativo deve integrar-se o doente/família de forma a obter a participação activa e responsável nas tomadas de decisão..”P3	1
	“..O enfermeiro tem o papel de promover no doente a <i>reflexão</i> , autonomia e a capacidade de decisão no seu processo de cuidados..” P4	1
TOTAL		20

Na avaliação do enfermeiro, após intervenção educacional à pessoa com IC ,obteve-se 20 unidades de enumeração, destacando-se a subcategoria ***Avaliação do Conhecimento***, como a maior enumerada com 18 unidades:

*“..Apos intervenção educacional Incentivo o doente a **demonstrar o que aprendeu.**, proporcionando esclarecimentos de dúvidas.” “..Repetir informação que não foi percebida pelo doente.”*

A ***avaliação*** é um instrumento utilizado pelos enfermeiros num primeiro momento e subsequentemente durante todo o processo de cuidados à pessoa doente e família. ”...a acção não obedece a uma rotina, sendo antes alterável em função da situação que a enfermeira tem perante si” (LOPES,2006, p.184).Os enfermeiros referindo-se aos momentos em que avaliavam, consideraram no início, de forma periódica e posteriormente à sua intervenção de educação para o autocuidado. Relataram que avaliavam ,observando, questionando a pessoa doente e utilizando os registos . Hesbeen (2000) refere que quando se consegue instaurar um clima de confiança, já não é preciso fazer perguntas, pois o paciente exprime-se espontaneamente. Redman (2003) sugere que a informação dos progressos do ensino é obtida através de perguntas directas. Por outro lado a ***repetição da informação*** visa fortalecer os conhecimentos adquiridos para o avanço no processo de aprendizagem. A promoção de momentos de reflexão, neste âmbito, apenas foi devidamente valorizada por um enfermeiro do estudo. Dean-Baar (2000) menciona como é importante atribuir um tempo de assimilação, para o sucesso da educação e a gestão da energia da pessoa doente.

6. CONCLUSÃO

O Fenómeno da educação para o conhecimento e autocuidado à pessoa com IC em contexto hospitalar ocorre devido ao confronto com a situação de doença e com a hospitalização.

Podemos afirmar que a doença/hospitalização induz a uma necessidade de conhecimentos por parte da pessoa doente, pelo que, os enfermeiros necessitam de mobilizar estratégias, com vista a: avaliar os conhecimentos que a pessoa detém, planear a educação, assim como implementar o processo de ensino aprendizagem. Este processo, pretende promover a aquisição de conhecimentos, esclarecer, fomentar o processo de adaptação, facilitar a tomada de decisão e incentivar ao autocuidado.

Os enfermeiros desempenham um papel importante no contributo da aprendizagem, sendo esta uma necessidade que se mantém se queremos preservar a saúde, manter estilos de vida saudáveis, combater a doença (Phaneuf 2001). Ao analisar as praticas de educação na perspectiva dos enfermeiros procuramos compreender quais as intervenções que estes realizavam com vista a fomentar comportamentos saudáveis nos indivíduos (Bastos,2000). A educação da pessoa deve conter todos os “elementos necessários para que esta possa participar activa e de forma responsável na tomada de decisões relativamente a sua saúde, fazendo com que se sinta parte integrante no processo de ensino aprendizagem” (BRANCO,1995,p.104).

Constitui preocupação fundamental deste estudo compreender a prática da educação para o conhecimento e autocuidado à pessoa com IC, na perceção dos enfermeiros, em contexto hospitalar, tendo sido efetuada, uma alusão às categorias e subcategorias emergentes das opiniões dos enfermeiros participantes. Obteve-se um total de 177 unidades de enumeração, distribuídas por vinte e quatro (24) subcategorias, após análise qualitativa, das respostas às questões. Emergiu as categorias Factores e Estrategias utilizadas na educação, como as mais valorizadas.

Na *representatividade e relevância do papel do enfermeiro*, como agente *educador*, consideraram a “transmissão de conhecimentos”; “a avaliação das necessidades de conhecimento” e a “disponibilidade”, as subcategorias mais referenciadas. O enfermeiro, como educador, intervêm com o objectivo de preparar o indivíduo para o conhecimento e auto-cuidado, sendo, um facilitador nas tomadas de decisões. Para instituir a educação como medida eficaz de intervenção no processo saúde doença e para estabelecer uma prática educativa satisfatória, como enfatiza Silva (2004), é imprescindível conhecer a realidade dos indivíduos com as quais se deseja realizar uma ação educativa bem como suas potencialidades e suscetibilidades avaliadas num âmbito holístico.

Um Programa de Educação deve ser adaptado às necessidades, capacidades, interesses e conhecimentos pré-existentes de cada indivíduo, devendo ser estruturada e sistematizada.

Relacionada com a *Organização das Intervenções de Enfermagem* no âmbito da educação para o conhecimento e autocuidado à pessoa com IC, emergiu as subcategorias *Avaliação*, *Intervenção*, como as mais referenciadas, seguida do *Planeamento* das Intervenções. Verificamos que a educação é efetuada segundo um processo de avaliação, de planeamento e de Intervenção de forma programada durante a prestação de cuidados, o que vai de encontro à perspectiva de Redman (2003) quando refere que a educação é praticada segundo um processo de diagnóstico e intervenção. Também Phaneuf (2001) e Redman (2003) comparam o processo de ensino ao processo de enfermagem, sendo que cada um possui fases de apreciação, diagnóstico, metas, intervenção e avaliação.

A *metodologia de trabalho por enfermeiro responsável* constitui o método de eleição dos enfermeiros participantes. A metodologia de trabalho por enfermeiro responsável comprova para um acompanhamento da pessoa doente e para o conhecimento dos progressos da aprendizagem, facto também encontrado por Branco (1995). Emergem como *fatores intervenientes no processo de educação* para o conhecimento e autocuidado *a pessoa cuidada, o enfermeiro e o ambiente*. Face à *pessoa cuidada*, os enfermeiros consideraram essencial a motivação e a aptidão para aprender, evidenciando a idade, capacidade cognitiva, nível de instrução, memória, grau de compreensão, o estado de saúde/doença, fadiga, dor, medo e o nível socioeconómico como factores intervenientes no fenómeno em estudo, que vão ao encontro dos referenciados por Phaneuf (2005), Pender (1987). Os enfermeiros consideram que o *conhecimento da família* pode contribuir positivamente para reforçar a transmissão do conhecimento pelo enfermeiro.

O *enfermeiro* intervém na educação para o conhecimento e autocuidado dependendo da sua capacidade de comunicar, disponibilidade, dos conhecimentos que dispõe e dos registos de enfermagem, aspectos evidenciados pelos enfermeiros do estudo e considerados por Hesbeen(2000),Phaneuf(2001) e Orem(1995) que afirmam que a relação de confiança é estabelecida quando é promovida a escuta, evidenciada a disponibilidade, e proporcionada uma atitude calorosa. O *ambiente* intervém na educação com factor dificultador como foi referido pelos enfermeiros, pela falta de privacidade e o ruído associado nas enfermarias, não dispondo de um espaço físico adequado, no serviço. No âmbito das *estratégias utilizadas pelos enfermeiros*, de forma a promoverem a educação para o conhecimento e autocuidado, consideraram a Implementação e a Avaliação, como as subcategorias mais significativas.

Na subcategoria *Implementação*, verificou-se que os enfermeiros mobilizaram estratégias como o informar, motivar, demonstrar. Não ficou demonstrado a referida importância do Demonstrar, como estratégia mais utilizada e valorizada pelos enfermeiros do estudo. Outra estratégia usada foi o recurso ao reforço de ensino. Os enfermeiros realizam a avaliação pela observação, consultando registos, sendo a avaliação efectuada ao longo do internamento, num momento inicial, periodicamente e posteriormente à educação efectuada. O que vai de encontro ao estudo realizado por Lopes (2006) ao identificar o que no processo de avaliação, “diria que consiste na avaliação/reavaliação da situação doente/família, na conjugação variável da perspectiva vivencial, biomédica e de ajuda feita de um modo contínuo, sistemático, dinâmico e integrado nos cuidados” (LOPES, 2006, p.177).

Os enfermeiros quando realizam a educação para o conhecimento e autocuidado, organizam a sua intervenção segundo um processo lógico, organizado e sistemático utilizando métodos afirmativos como a exposição transmitindo assim um saber. Por outro lado verificamos da parte dos enfermeiros um interesse em se adaptar à pessoa doente, cuja educação é baseada na necessidade de ajuda que a pessoa doente apresentou. Ficou patente a preocupação em envolver, em motivar a pessoa para o seu conhecimento e autocuidado.

Na categoria avaliação do enfermeiro após intervenção educacional à pessoa com IC, emerge a subcategoria *Avaliação do Conhecimento*.

Identificámos a necessidade por parte dos enfermeiros do estudo, de *avaliar* periodicamente a aquisição das capacidades da pessoa doente, sendo esta considerada um processo contínuo, em que após uma intervenção é importante avaliar para poder programar outras intervenções. “Avaliar é um processo contínuo de medir o progresso ou extensão em que os objetivos estabelecidos foram atingidos” (CIPE, 2001, p.134). Também Phaneuf (2001) refere que a enfermeira avalia o que a pessoa reteve do ensino e o que ela é capaz de fazer na sequência deste. Os enfermeiros referiram realizar uma avaliação, após efetuar ensino, para determinar se a pessoa adquiriu conhecimentos.

Decorre da *teoria de enfermagem* que os enfermeiros têm, por foco central, , ajudar a pessoa a vivenciar aspectos significativos da sua vida/saúde, quer resultem de acontecimentos ao longo do ciclo vital ou decorram de eventos críticos num determinado momento desse mesmo ciclo vital, ou seja, transições de saúde-doença, designadamente, da insuficiência cardíaca.

Os enfermeiros são um recurso facilitador ,para promover, as disposições individuais necessárias à mudança ou a consciencialização e aumentar a mestria através de processos de aprendizagem, permitindo uma integração fluida da nova condição de saúde da pessoa (Meleis,Sawyer, IM, Messias, & Shumacher, 2000).

Do estudo realizado ficou patente que os enfermeiros desempenham um importante papel no contributo da aprendizagem. Esta é uma necessidade que se mantém se queremos preservar a saúde, manter estilos de vida saudáveis, combater a doença (Phaneuf,2001).

A partir da partilha dos resultados deste estudo com a equipa de enfermagem, do serviço de cardiologia, seria interessante iniciar um percurso de reflexão sobre as práticas em uso relativamente ao fenómeno estudado, perspectivando as mudanças necessárias, para melhorar ou introduzir intervenções com impacto positivo na construção de um ensino estruturado à pessoa com IC, suportada e validada pela investigação.

Os resultados do estudo e a revisão da literatura realizada sobre o fenómeno da educação,permite sugerir a importancia da intervenção individual,orientado pelo modelo de Orem e a introdução de algumas medidas relacionada com a organização e monitorização das intervenções e avaliação. Sugere-se : manter a avaliação inicial do conhecimento, para procurar identificar as dificuldades sentidas pela pessoa /família; realização de acção de educação,estruturada por modulos de aprendizagem, durante o internamento e reforço da informação e avaliação antes da alta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALARCÃO, Isabel, TAVARES, José (1985). Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem, Coimbra, Livraria Almedina.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION - Guidelines for the Evaluation and Management of Chronic Heart Failure in the Adult, 2005.
- Basto e Magão (2001). Práticas de enfermagem: Algumas reflexões sobre o estado da arte da investigação. Revista Investigação em Enfermagem.4, 3-11.
- BARDIN,L. (2009).Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70;
- Branco, Isaura Maria. (1995). A prática educativa dos enfermeiros em cuidados de saúde diferenciados. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- BENNER, P. (2001). De iniciado a perito. Coimbra: Quarteto Editora.
- BENNET, Paul; MURPHY, Simon. (1999). Psicologia e promoção da Saúde. Lisboa: Climepsi.
- BENTO, Luís; SALGADO,Cristina T. (2001). A formação pragmática um novo olhar: Cascais: Pergaminho.
- Boyd Marilyn, D. (1998). Strategies for effective health teaching. In Boyd Marlyn. D.; et al. (1998). Health teaching in nursing practice: A professional model. (3rd Ed.).(pp.201-228). London: Appleton & Lange.
- BOGDAN,Robert, BIKLEN,Sari (1994) Investigação Qualitativa em Educação, Porto Editora ISBN972-0-34112-2 .
- CABANAS, José M. Q.(2002). Teoria da educação: Concepção antinómica da educação. Porto: Edições Asa. .
- COLLIÉRE, M. F. (1989). Promover a vida. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- CARPENTER,Dona R.; STREUBERT,Helen J. (2002) Investigação Qualitativa em Enfermagem, Lusociencia .
- CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça – Eixos de valores em Promoção da Saúde e Educação para a Saúde. Braga: Universidade do Minho, 2005. [Acedido a 25 de Julho de 2011]. Disponível na Internet: <http://repositorium.sdum.uminho.pt>
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2005). Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE) – Versão 1. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Conselho Internacional de Enfermeiros (2006). Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIFE/ICNP) – Versão 1. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- COSTA,M.A.(1998) -Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados. Lisboa. Fim de seculo edições. 159 pp
- DAWSON, NV, Thomas C, et al. Eur J Heart Fail 2003;5;101-108 44.
- DEAN-BAAR, Susan. (2000). Ensino e aprendizagem orientados para resultados. In Hoeman, Shirley, P. (2ªEd.). Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo (pp.145-159). Loures: Lusociência.
- DELISA,A.J. – Medicina de Reabilitação:princípios e práticas. Ed.Manoel SP
- EVANGELISTA,L. – O que sabemos sobre a adesão e autocuidado ? J. Cardiovascular Nurse. 2008; 23(3); 250-257..
- Fonseca, S. & Videira, A. (Janeiro 2003). Informação em meio hospitalar. *Sinais Vitais*,46, 40-44.
- FREIXO,M.J.V.(2011) – Metodologia Científica.3ª edição, Instituto Piaget.
- FORTIN, M.F; Côté, José; Vissandjée, B (1999). A Investigação científica In Fortin,Marie-Fabienne (Ed.). O processo de investigação: Da concepção à realização (pp.15-24). Loures: Lusociência.
- GUIMARÃES,L. H. C. (2004) Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. *Revista Neurociências*, v.12(3)
- GRAHAM, Barbara, A. (1998). The environment. In Boyd, Marlyn, D.; et al. (1998). Health teaching in nursing practice: A professional model. (3rd Ed.). (pp.101-106). London: Appleton & Lange.
- GONZÁLEZ, M. I. Serrano. (1998). La educación para la salud del signo XXI: comunicación y salud. (Ed.). Madrid: Díaz de Santos. S.A.
- GREENE, Walter; H.; Morton, Bruce; Simons, G. (1988). Educación para la salud. México: McGraw-Hill.
- GUILLET, Sharron – Understanding Chronic Illness and Disability. In NEAL, Leslie e GUILLET, Sharron – Care of the Adult with a Chronic Illness or Disability: a team approach. Philadelphia: Elsevier Mosby, 2004. ISBN 0-323-02330-4. Cap. 1, p. 1-10.
- HATCHETTt, Richard; Thompson David R. *Enfermagem cardíaca: um guia polivalente* . Loures: Lusociência, 2006. - XII, 663 p.
- HILL, M.M. & HILL, A. Investigação por questionário. Lisboa: Edições Síbaló, 2000.

- HESBEEN, Walter (2000) Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência.
- HESBEEN, Walter – A Reabilitação: Criar novos caminhos, Loures: Lusociência, 2003.ISBN: 972-8383-43-6.
- HOEMAN, Shirley P. – Enfermagem de Reabilitação. :aplicação e Processo, 2º edição Lisboa: Lusociência, 2000. ISBN: 972-8333-13-4.
- KASPER, D. L. et al. (2006). Internal Medicine, Harrison. McGraw Hill
- LESSA, QCSS.; FROSSARD, JM .: QUELUCI, GC (2010). Educação de pacientes com insuficiência cardíaca pelo enfermeiro: Uma revisão integrativa, Revista de pesquisa : Cuidado é fundamental online, Out/Dez , p. 591-595.
- LOPES, M. J. (2006) A relação enfermeiro - doente como intervenção terapêutica Coimbra: Formasau.
- LUPÓN, J. et al (2008) Patients self-care improvement with nurse education intervention in Spain assessed by the European Heart Failure self-care behaviour scale – European Journal of Cardiovascular Nursing 7:16-20.
- MELEIS, A. (2010). Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company
- MELO, M. (2005). Comunicação com o doente: certezas e incógnitas. Lisboa: Lusociência.
- MENDES, A.P.; BASTOS, F.; PAIVA, A. (2010) – A pessoa com Insuficiência Cardíaca – Factores que facilitam e dificultam a transição saúde/doença. Rev. Enf. Referência vol. 3, nº 2
- MOSER, D.; WATKINS, JF – Autocuidado na Insuficiência Cardíaca: um modelo de ciclo de vida das características do paciente, J. Cardiovascular Nurs. 2008; 23(3):205_218.
- NOVACK, J.; D. (2000) – Aprender criar e utilizar o conhecimento. Lisboa: Platano Edições.
- NOBRE, F.; P.; A.; (2001) -Estratégias de Enfermagem para educação do paciente com insuficiência cardíaca
- NUNES, L. (Março 2001). A propósito de dever, de informar e de dever de sigilo. *Ordem dos enfermeiros*, 2, 27-31.
- OGUZ, Sıdıka ; ENÇ, Nancy (2008) - Symptoms and strategies in heart failure in Turkey. Journal Compilation- International Council of Nurses. Vol. 55, nº 4, p. 462-467.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2003, a). Código deontológico do enfermeiro: Anotações e comentários. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2003, b). Divulgar: Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2003, c). Conselho de enfermagem: Do caminho percorrido e das propostas. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OREM, Dorothea, E. (1995). Nursing concepts of practice. (5th Ed.).New York: Mosby.
- Padilha, José, M. (2006). Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa.: Conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana aos desafios de saúde. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- PACHECO, Sílvia; CUNHA, Susana – A Educação para a Saúde nos Cuidados de Saúde Primários: o papel do enfermeiro. Revista Nursing – Edição Portuguesa nº 211 (Junho, 2006), p. 19-22. ISSN: 0871- 6196.
- PAIVA, Abel; MENDES, A.O., BASTOS, F.(2010) A pessoa com IC: Factores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença – Revista de enfermagem Referencia, III Serie, nº 2, p.7-16.
- PARENTE, P. (1998). Que informação a dar ao doente/família. In *Ética nos cuidados de saúde*. Coimbra: Formasau.
- Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. [S.l.]: Ordem dos Enfermeiros, 2001. [Acedido a 21 de Julho de 2011]. Disponível na Internet:<http://www.ordemenfermeiros.pt>
- PAUL, C.;FONSECA,A.(2001) – Psicossociologia da saude. Lisboa:Climepsi
- Pender, Nola, J. (1987). Health promoción in nursing practice. (2nd Ed.). California: Appleton & Lange.
- PHANEUF, MARGOT (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.Loures: Lusociência.
- PHANEUF, MARGOT. (2001). Planificação de Cuidados: Um sistema integrado e personalizado. Coimbra: Quarteto.
- POIRIER, P. et al. – Predictors of compliance with medical recommendations regarding pharmacological and non pharmacological approaches in patient with cardiovascular disease. Clinical and Investigative Medicine. 29:2 (Abril 2006) 91-103. Acedido a 21 de Junho de 2011, em: <http://proquest.umi.com>
- POLIT, Denise, F. ; Hungler, Bernadette, P. (1995). Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. (3ª Ed.). Porto Alegre: Artes Médicas
- PRESSLER,S.-Funcionamento cognitivo e insuficiencia cardiaca: Revisão de literatura(2002-2007), Nurs J Cardiovascular 2008;23(3): 239-249Orem, Dorothea, E. (1995). Nursing concepts of practice. (5th Ed.).New York: Mosby. Padilha.

- RABELO,E.R. (2007)Enfermagem em Cardiologia baseada em evidencia – Revista HCPA,;27(2),43-48.
- REDMAN, Barbara K, (2003). A Pratica da Educação para a Saúde, Lusociencia, 9ª edição ISBN:972-8383-39-8.
- RiIBEIRO, J.L.P. (2001). Psicologia e Saúde. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- RIEGEL,B;DICKSON,V. – A teoria da situação especifica de insuficiencia cardiaca no autocuidado. Nurs J.Cardiovascular. 2008, 23(3):190-196.
- RODRIGUES, M.A., et al (2005). Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde. Coimbra: Formasau.
- ROGERS, Carl, R.(2009). Tornar-se pessoa. Lisboa: Moraes Editores.ISBN 9789898160461
- SANTOS,M.;I. (2000) A realação de ajuda na prática em enfermagem,numa unidade de cuidados intensivos coronários. Revista de investigação em enfermagem,p.51-60
- SARAFINO, E. P. (2002). Health Psychology: Biopsychosocial Interactions (4ª Ed.). New Jersey: John Wiley & Sons.
- SWEDBERG K, Cleland J, (2005) -European Heart J. Jun; 26(11):1115-40.
- STREUBERT, Helen J.; Carpenter Dona R. (2002). Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista. (2ª Ed.). Loures: Lusociência.
- STROMBERG, A. (2002) Educating nurses and patients to manage heart failure - European Journal of Cardiovascular Nursing, 1.33-40.
- SILVA,Mário J.R. (2010) Adesão ao Regime Terapêutico, Formasau.
- TEIXEIRA, J. A. (2004). Comunicação em Saúde: Relação Técnicos de Saúde -Utentes.Análise Psicológica, 22 (3), 615-620.
- Theuerkauf, Anaise (2000). Autocuidado e actividades da vida diária In Hoeman,Shirley, P. (2ªEd.). Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo, Lusociência, p.173-207.
- TONES, K.; TILFORD, S. (1994). *Health education. Effectiveness, efficiency and equity*. London: Chapman & Hall.
- WHILE, Alison; KIEK, Fiona (2009) - Chronic heart failure: promoting quality of life. British Journal of Community Nursing. Vol. 14, nº 2, p. 54-59.
- WHITMAN, Nancy, I. (1998). Heath Status. In Boyd Marlyn, D., et al. (1998). Health teaching in nursing practice: A professional model. (3rdEd.). (pp. 109-121). London: Appleton & Lange.
- WHO. (2004). Standards for health promotion in hospitals. Copenhagen.

ANEXOS

ANEXO I - Pedido Oficial De Autorização da Aplicação do Instrumento, ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital onde se realizou o estudo.

Ao Ex. mo
Conselho de Administração
do Ceto Hospitalar Lisboa Central

Lina Maria Rato Pires Barreiro Aleixo, Enfermeira, com o Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, a exercer funções no Serviço de Cardiologia Internamento, do Hospital de Santa Marta, vem solicitar a V^a Ex^a. a autorização para aplicação de um Formulário (Questionário) aos enfermeiros deste respectivo serviço, no âmbito da **Dissertação de Mestrado em Enfermagem**, Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), sobre o tema **Educação para o Conhecimento e Autocuidado na Pessoa com Insuficiência Cardíaca(IC) em contexto hospitalar**.

O estudo tem como objectivo contribuir para a compreensão das intervenções de enfermagem desenvolvidas na prática dos cuidados, no âmbito do papel de educação, como foco de atenção relevante para a qualidade de prestação de cuidados e ganhos em saúde ao doente com IC.

A educação, é de facto, um factor fundamental para a pessoa cuidada e família, face ao presente, com a diminuição do tempo de hospitalização e o regresso cada vez mais precoce ao domicílio (Phaneuf, 2001) Em contexto hospitalar é realizada na perspectiva das orientações e do ensino do autocuidado.

Pretende-se contribuir para a implementação de um programa de informação estruturado que satisfaça as necessidades de informação da pessoa com Insuficiência Cardíaca e adequar o ensino de enfermagem às reais necessidades de informação do doente, em contexto hospitalar.

Tendo em consideração os princípios éticos, comprometo-me a respeitar o direito à autodeterminação dos participantes, ao anonimato e à confidencialidade dos dados colhidos.

Os participantes serão devidamente informados sobre a natureza do estudo e os princípios éticos que serão desenvolvidos ao longo do estudo, no sentido de respeitar os seus direitos com pedido de consentimento escrito para participar no estudo. Será garantido o anonimato da Instituição.

Grata pela atenção dispensada, aguardo deferimento, estando disponível para outros esclarecimentos que julgarem necessários

Anexo Formulário(Questionário),Consentimento Informado e Carta de Informação ao Enfermeiro Participante

Lisboa,24 de Janeiro de 2012
Lina Maria Rato Pires Barreiro Aleixo
Nº Mecanográfico 60935
(tel.939709220ext:41306/)

ANEXO II - Autorização Oficial do Conselho de Administração do Hospital onde se realizou o estudo

ANEXO III - Questionário

QUESTIONÁRIO

Questionário de Opinião dos Enfermeiros sobre as intervenções de enfermagem desenvolvidas na prática de cuidados, que visam a educação para o conhecimento e autocuidado na pessoa com IC, em contexto hospitalar

Instrução para o Preenchimento

Este Questionário insere-se no âmbito do estudo de investigação “Educação para o conhecimento e Autocuidado na pessoa com IC, em contexto hospitalar, do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. Este estudo centra-se na análise de opinião dos enfermeiros, no âmbito do seu papel de educador, como foco de atenção relevante para a qualidade de prestação de cuidados e ganhos em saúde ao doente com IC.

Para esse efeito solicitamos a sua colaboração no preenchimento deste questionário. Não deve escrever nada que o possa identificar, para garantir o anonimato dos dados.

O questionário é constituído por uma 1ª parte com 3 questões fechadas, onde se pretende uma breve caracterização dos participantes. A 2ª parte corresponde às intervenções de enfermagem desenvolvidas na prática dos cuidados que visam a educação da pessoa, nas 6 questões abertas colocadas.

Desde já o agradecimento pela sua colaboração

PARTE I

Esta parte do questionário destina-se a recolher dados de caracterização da amostra.

IDADE _____ (anos)

SEXO: Feminino () Masculino ()

Tempo de Exercício Profissional:

0-2 Anos ()

3-5 Anos ()

6-10 Anos ()

»10 Anos ()

Tempo de Exercício Profissional no Serviço Actual

0-2 Anos ()

3-5 Anos ()

6-10 Anos ()

»10 Anos ()

PARTE II

Este Questionário destina-se à recolha de dados de opinião sobre as intervenções de enfermagem desenvolvidas na prática dos cuidados que visam a educação da pessoa com Insuficiência Cardíaca, em contexto hospitalar

1. O que considera mais relevante, como **enfermeiro no seu papel de educador**?

2. Descreva como **organiza as suas intervenções** quando realiza educação para o conhecimento e autocuidado á pessoa com IC, durante o internamento?

3.Em sua opinião, qual o **método de trabalho** que favorece a educação para o conhecimento e autocuidado?

4. Em sua opinião, quais os **Factores que interferem** no processo de educação para o conhecimento e autocuidado á pessoa com IC ? (referentes à pessoa cuidada, cuidador informal, enfermeiro e ambiente?

5. Em sua opinião, quais as Estratégias utilizadas pelos enfermeiros na educação, no âmbito do conhecimento da doença e autocuidado , à pessoa com IC?

6 Descreva como realiza a avaliação do conhecimento e autocuidado da pessoa com IC, após intervenção educacional, durante o internamento?

Obrigada pela colaboração

ANEXO IV - Consentimento Informado e Carta de Informação ao Enfermeiro Participante

Consentimento Informado

Declaro que fui devidamente informado/ informada do objectivo e finalidades da minha participação neste trabalho efectuado pela Enfermeira Lina Aleixo, enfermeira do serviço de Cardiologia Internamento e aceito de livre vontade nele participar.

(Assinatura do Enfermeiro)

Assinatura do Investigador)

Lisboa, __/__/__

Carta de Informação ao Participante

Lina Aleixo , Enfermeira do Serviço de Cardiologia Internamento, do Hospital de Santa Marta, a realizar o 2º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, encontro-me a desenvolver um trabalho cujo tema é: **Educação para o Conhecimento e Autocuidado na pessoa com insuficiência cardíaca, em contexto hospitalar.**

A sua participação é muito importante, uma vez que este estudo tem como finalidade compreender as intervenções de enfermagem desenvolvidas na prática de cuidados, que visem a educação para o conhecimento e autocuidado da pessoa com insuficiência cardíaca, em contexto hospitalar. Pretende-se contribuir para a implementação de um programa de informação estruturado que satisfaça as necessidades de informação da pessoa com Insuficiência Cardíaca e contribuir para adequar o ensino de enfermagem às reais necessidades de informação do doente. Neste sentido, venho pedir a vossa colaboração e disponibilidade para participar no estudo, que desde já agradeço.

Os participantes deste estudo são enfermeiros com o mínimo de 3 anos de experiência profissional e que reúnem as condições necessárias para responder às questões. O modo de participar será um questionário, em que colocarei algumas questões fechadas (3) e abertas (6), que o Srº/ Sr.ª enfermeira será livre de responder.

De forma a garantir o anonimato dos participantes não será colocado o seu nome no Formulário (questionário) e tratamentos dos dados; o facto de participar neste estudo não lhe trará nenhum risco, inconveniente ou encargos, será apenas pedido algum do seu tempo para responder às questões colocadas.

Após a conclusão do estudo, os resultados serão apresentados no serviço, de forma a contribuir para a melhoria da prestação de cuidados ao doente com IC.

A sua participação é inteiramente voluntária.